



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Irma Neves Tallmann Saar

**MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS EM SUJEITOS COM TRANSTORNO
MENTAL PSICÓTICO**

Juiz de Fora
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Irma Neves Tallmann Saar

**MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS EM SUJEITOS COM TRANSTORNO
MENTAL PSICÓTICO**

**Orientador:
Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Irma Neves Tallmann Saar
Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora
2012

Saar, Irma Neves Tallmann.

Manifestações psicossomáticas em sujeitos com transtorno mental
psicótico / Irma Neves Tallmann Saar. – 2012.

129 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de
Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Transtornos psicóticos. 2. Transtornos psicofisiológicos. 3. Medo-
Psicologia. 4. Estresse. I. Título.

CDU 616.895

Irma Neves Tallmann Saar

**MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS EM SUJEITOS COM TRANSTORNO
MENTAL PSICÓTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^a. Dr^a. Bianca Maria Sanches Faveret

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Titular: Prof^a. Dr^a. Andréia da Silva Stenner

AGRADECIMENTOS

Cada etapa vencida é fruto de um desejo tornado possível.

Ao colega e Professor Dr. Gilberto Barbosa Salgado, que me estendeu as mãos para os primeiros passos deste caminho. À Luciana Gouvea Leite, sua esposa, por compartilhar deste momento final e possibilitar novos caminhos.

Ao Orientador Dr. Antenor Salzer Rodrigues, que me guiou, gentilmente.

À Elimar Jacob, pela receptividade e palavras gentis, sempre.

Aos membros das bancas, Dr^a. Andréia da Silva Stenner, Dr^a. Bianca Maria Sanches Faveret, Dr^a. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov e Dr^a. Juliana Perucchi, pela disposição em contribuir para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Gestor Municipal de Saúde Mental, José Eduardo Amorim, pela autorização e apoio ao desenvolvimento desta pesquisa.

À minha mãe Lucy, exemplo de dedicação e persistência, e a meu pai Osny, com quem aprendi as metáforas das histórias e das canções, nas noites da infância.

A meu esposo, Antonio Henrique, pela felicidade que compartilhamos.

A meus amados filhos Filipe e Isabela, as luzes que acendem o meu olhar.

A meus irmãos Roberto e Vera, cunhadas e cunhados, sobrinhos e, em especial, à Raquel, pela alegria do convívio familiar. À Samara e Matheus, por participarem desta história.

À Josiane Pinto Ribeiro, pelo carinho e cuidado.

Às amigas Vanessa Nolasco Ferreira, Fernanda Deotti, Hortênsia Isabela, Daniele Antunes Rangel, Laíse Jardim, Lara Brum e Andréia Spíndola, pelos bons momentos acadêmicos.

Aos colegas de trabalho, Rosemeire Costa Santos e Silva, Rosane Jacques Rodrigues, Cynthia Marotta, Cláudia Mara Oliveira Richa, Isabela Reimão, Hermelinda Benício, Ângela Bitarelli, Aluísio Batista Monteiro, Márcia Rodrigues Silva, Rosana Braile, Maria do Carmo Jacob Loures, Fabíola Portilho, Lílian Freire, Rita Almeida, Maria Luiza Freesz, Lília Singulani e demais colegas dos serviços de saúde mental, pelo incentivo e por acreditarmos na clínica possível do Sistema Único de Saúde.

Aos usuários dos serviços de saúde mental, por me ensinarem sobre a vida e sobre a clínica, vivências inesquecíveis.

À Nilcimara Bertolino, pelo apoio constante.

“Foi ele, esse iluminado de olhos cintilantes e cabelos desgrenhados, que um dia saltou dentro de mim e gritou basta! Num momento em que meu ser civilizado, bem penteado, bem vestido e ponderado dizia sim a uma injustiça. Foi ele quem amou a mulher e a colocou num pedestal e lhe ofertou uma flor. Foi ele quem sofreu quando jovem a emoção de um desencanto, e chorou quando menino a perda de um brinquedo, debatendo-se na camisa-de-força com que tolhiam o seu protesto. Este ser engasgado, contido, subjugado pela ordem iníqua dos racionais é o verdadeiro fulcro da minha verdadeira natureza, o cerne da minha condição de homem, herói e pobre diabo, pária, negro, judeu, índio, santo, poeta, mendigo e débil mental. Viramundo! Que um dia há de rebelar-se dentro de mim, enfim liberto, poderoso na sua fragilidade, terrível na pureza de sua loucura”.

Fernando Sabino
“O Grande Mentecapto”

RESUMO

O presente trabalho pretendeu investigar, por meio de estudo qualitativo exploratório, utilizando-se da metodologia Estudo de Caso, a presença ou ausência de manifestações psicossomáticas em sujeitos com transtorno mental psicótico. Para o fim proposto, discutiu-se o papel das emoções, em especial do medo e do estresse, potenciais desencadeadores das manifestações psicossomáticas. Contextualizou-se o campo da pesquisa, no qual usuários com transtorno mental têm acesso ao tratamento diferenciado do modelo hospitalocêntrico, respeitados como sujeitos e cidadãos de direito. A pesquisa de campo foi realizada com pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que apresentam transtorno mental psicótico, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado em Juiz de Fora, selecionadas por meio de amostragem, por variedade de tipos. Verificou-se que, junto à psicose, também se podem evidenciar manifestações orgânicas, de cunho psicossomático. Impossível evidenciar uma relação causa/efeito; contudo, afirma-se a existência de fatos concretos, sentimentos, emoções e reações, que facilitam, direcionam e confluem para o adoecimento do corpo. Confirmou-se que os sujeitos pesquisados sofrem da emoção do medo, do estresse, e que esses fatores podem ser desencadeadores das doenças psicossomáticas.

Palavras-chave: Manifestações psicossomáticas. Psicose. Medo. Estresse.

ABSTRACT

This work intended to investigate, through exploratory qualitative study, using the methodology Case Study, the presence or absence of somatoform disorders in subjects with psychotic mental disorders. For this purpose, it was discussed the role of the emotions, such as the fear and the stress, as potential trigger of the somatoform disorders. The field of the research was contextualized, in which users with mental disorders have access to the differentiated treatment of the hospital-centered model, in which they are treated as individuals and citizens with rights. The field research was conducted among individuals of both sexes, over 18 years old, who present psychotic mental disorder and users of a Center of Psychosocial Attention situated in Juiz de Fora, selected by sampling by variation in the types. It was verified that with the psychosis we can also evidence organic manifestations with a psychosomatic character. Although impossible to evidence a cause/effect relation, it is stated the existence of facts, feelings, emotions and reactions that facilitate, direct and converge to the illness of the body. It was confirmed that the surveyed subjects suffer the emotion of fear, stress and that these may be triggers of psychosomatic illnesses.

Key-words: Somatoform Disorders. Psychoses. Fear. Stress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Quadros psicofisiológicos com e sem alterações orgânicas.....	36
Quadro 2	Diagnósticos psiquiátricos.....	80
Quadro 3	Manifestações psicossomáticas antes e depois do surto.....	84
Quadro 4	Sintomas de estresse e outros sintomas.....	89
Quadro 5	Emoção de medo.....	91
Tabela 1	Alguns transtornos psicossomáticos.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônio adrenocorticotrópico
ADH	Hormônio antidiurético
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CFH	Hormônio corticotrofina
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CRF	Fator liberador da corticotrofina
DMS	Doenças Mentais Severas
DMP	Doenças Mentais Persistentes
DRSME	Departamento da Rede de Saúde Mental
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
Ent.	Entrevista
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fase de Resistência
FSH	Hormônio folículo estimulante
HHA	Hipotálamo-hipófise-adrenal
HPA	Hipotálamo-pituitária-adrenal
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HU	Hospital Universitário
LH	Hormônio luteinizante
MS	Ministério da Saúde
NK	Natural Killers
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pront.	Prontuário
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RA	Reação de Alarma
RTs	Residências Terapêuticas
SAG	Síndrome Geral de Adaptação

SII	Síndrome do Intestino Irritável
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
US	Usuário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ANGST COMO MEDO	19
2.1 A TEORIA DE <i>ANGST</i>	19
2.1.1 A primeira teoria de <i>Angst</i>	22
2.1.2 A segunda teoria de <i>Angst</i>	30
3 MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS	34
4 ESTRESSE	42
4.1 RESPOSTA ORGÂNICA AO ESTRESSE.....	45
4.1.1 Sistema límbico e emoções.....	46
4.1.2 Sistema neuro-endócrino-imunológico.....	49
4.1.3 O cortisol e o estresse.....	53
4.2 RESPOSTA ORGÂNICA AO MEDO.....	54
5 PSICOSE: REJEIÇÃO, FORACLUSÃO, SÍNDROMES	56
5.1 NA VIA DA PSICOSE: CONSIDERAÇÕES FREUDIANAS E LACANIANAS.....	56
5.2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS PSICÓTICOS NA ÓTICA PSIQUIÁTRICA.....	65
5.3 PSICOSE E PSICOSSOMÁTICA.....	68
6 MÉTODO	71
6.1 METODOLOGIA DE ESTUDO.....	72
6.2 AMOSTRA.....	73
6.3 INSTRUMENTO.....	75
6.4 PROCEDIMENTO.....	76
6.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	77
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	78
7.1 NO CAMPO DE PESQUISA.....	78
7.2 O DIAGNÓSTICO DE PSICOSE.....	79
7.3 UNIDADES DE ANÁLISE.....	82
7.3.1 Unidade incorporada de análise 1: verificar se houve ou não ocorrência do fenômeno psicossomático e quando e como ocorreu.....	82
7.3.2 Unidade incorporada de análise 2: verificar se há evidências de sintomas de estresse que venham corroborar a emergência do fenômeno psicossomático....	88
7.4 A EMOÇÃO DE MEDO.....	90
7.5 CADA CASO É UM CASO.....	100
7.5.1 Estudo de caso US1.....	100
7.5.2 Estudo de caso US12.....	102
7.5.3 Estudo de caso US17.....	105
7.6 OUTROS ACHADOS RELEVANTES.....	109
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

“Acho que eu não vou voltar a ser como eu era, queria estar no meio das pessoas normais, queria escrever um livro sobre como conviver com a loucura”.
US3.

O fenômeno da loucura, ao longo da história, esteve condenado ao lugar da exclusão: da sociedade, da família, do laço social. Nos tempos hodiernos, ainda é um fenômeno que não se explica em sua totalidade, apesar de todas as descobertas neurocientíficas; contudo, grande avanço se fez no desenclaustramento da loucura à convivência social.

Conforme Foucault (1972), historicamente, a loucura sempre causou inquietação e repulsa. Os insanos eram banidos das cidades e perambulavam em uma nau sinistra, a fim de serem deportados. Luiz XIV, em 1656, criou o Hospital Geral em Paris, agregando os vários estabelecimentos já existentes, entre eles a Salpêtrière e o Hospital Bicêtre; este, originalmente, fora construído para ser uma prisão; esses locais foram, então, agrupados sob uma única administração. Entretanto, o Hospital Geral não era um estabelecimento médico. Era uma estrutura semijurídica, uma instância da ordem monárquica e burguesa, responsável pelo recolhimento dos pobres e vagabundos, pelo encarceramento de bandidos de todas as espécies e da reclusão de alguns tipos de doentes, os quais não podiam ser recebidos nem tratados no Hotel-Dieu (este sim, uma instituição médica), tais como os portadores de doenças venéreas e os loucos. Os homens eram mandados para o Bicêtre e as mulheres, para a Salpêtrière. Assim, os doentes mentais passaram a ser confinados, misturados aos epiléticos, cancerosos, sífilíticos, entre outros. Acrescentavam-se ainda os ladrões, os assassinos, as prostitutas e toda sorte de pária daquela sociedade. Esse modelo de recolher o doente mental em espaços reclusos espalhou-se pela Europa e tanto a Inglaterra quanto a Áustria criaram os seus hospitais para os insanos.

Assim sendo, a loucura perdeu suas feições próprias e, com isso, as demais patologias que compunham o quadro clínico do enfermo ficavam ignoradas e, durante os próximos séculos, nenhuma atenção especial foi dada às demais afecções presentes e nenhuma relação etiológica foi feita entre elas.

Somente no final do século XIX e início do século XX, os quadros psiquiátricos passaram a ser melhor avaliados e sintomas de outras formas mórbidas separados, os quais começaram a ser definidos como novas entidades nosológicas propriamente ditas.

Portanto, os pacientes psicóticos ou “loucos” foram, historicamente, excluídos de suas famílias, asilados, e passaram a viver em condições desumanas e a serem submetidos ao poder psiquiátrico como poder de disciplinarização dos corpos. Tornaram-se o objeto da ação do saber sobre eles, mas exercido como um poder sobre o seu corpo: poder de cerceamento, de vigia, de coerção, de submissão e de obediência. Tal exclusão social da loucura pode ser também verificada nos relatos de Foucault (2006), na obra intitulada *O poder psiquiátrico*, e também no documentário brasileiro “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton, filmado em 1979, que retrata cenas reais do confinamento de loucos e não loucos no Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais. Felizmente, ocorreram, nas últimas décadas do século XX, movimentos sociais que reverteram essa situação.

No Brasil, o campo da saúde mental emerge entre os anos 1978 e 1980, como um movimento contrário ao saber psiquiátrico instituído e ao tratamento dado à loucura, sendo denominado “Início do movimento da reforma psiquiátrica” (Amarante, 1995), com antecedentes na Europa e nos Estados Unidos e exercendo influência nas primeiras discussões no Brasil, no final dos anos 1970. Esse movimento visa, em linhas gerais, resgatar o lugar de cidadania do louco, do alienado, permitindo-lhe a inclusão social e garantindo-lhe o respeito à diferença, bem como a substituição do modelo asilar, hospitalocêntrico, por um tratamento humanizado em serviços substitutivos. Ocorreu, desse modo, uma mudança de paradigma para o tratamento da loucura, impondo que se criassem leis e políticas públicas que pudessem sustentá-lo. Atualmente, o Brasil tem uma política nacional de saúde mental determinada pelo Ministério da Saúde (MS), além de serviços substitutivos para cuidar de doenças mentais, e ainda uma legislação que protege os doentes mentais (Kohn, Mello & Mello, 2007). No entanto, ainda é possível se deparar com a carência de atendimentos em saúde mental, inacessibilidade e não universalidade dos recursos. Mais do que nas leis ou políticas públicas, é no empenho e na força de trabalhadores e usuários, apoiados por instâncias de controle social da saúde (conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde e saúde mental, conferências que dão voz a usuários e trabalhadores, organizações não governamentais, entre outros), que a reforma psiquiátrica vai acontecendo, enquanto movimento dinâmico e, portanto, sempre inacabado.

O atual modelo de tratamento de saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde propõe a criação de serviços de saúde mental, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, a fim de formar uma rede de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), sistema brasileiro vigente de atenção à saúde.

Sendo assim, torna-se política pública, a partir dos anos 1990, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) advêm da necessidade de prover moradia às pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas ou não dos hospitais psiquiátricos. Essas residências terapêuticas, localizadas nos espaços urbanos, tornam-se os locais de moradia e reinserção dessas pessoas no âmbito social (Delgado et al., 2007).

Integrados às residências terapêuticas como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, há os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que são serviços de saúde mental municipais, abertos, cujas funções são: prestar atendimento clínico multiprofissional em regime de atenção diária, evitando internações psiquiátricas; promover a inserção social (acesso ao trabalho, lazer, direitos civis, fortalecimento de laços familiares e comunitários), por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de saúde mental na sua área de atuação (território); dar suporte à atenção básica (Unidades de Atenção Primária de Saúde – UAPS – e Estratégia de Saúde da Família – ESF), por intermédio de ações de matriciamento e supervisão. Os CAPSs podem prestar suporte e atendimento diferenciado em saúde mental, direcionados a faixa etária específica ou transtorno diferenciado, como no caso dos CAPSs i (Centro de Atenção Psicossocial da Infância, com suporte de 0 a 18 anos) e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas).

Também inseridos nessa rede de serviços, estão os Centros de Convivência e Cultura, que oferecem aos portadores de transtorno mental espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, facilitando a construção de laços sociais e inclusão social, possibilitando a geração de renda por meio da própria produção artística e cultural dos usuários.

Importante ressaltar que o trabalho em rede multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial possibilita aos usuários portadores de sofrimento mental resgatar o seu lugar no mundo, minimizando estigmas, preconceitos, estereótipos, respeitando o direito à diferença.

O advento da Reforma Psiquiátrica contribuiu para o avanço de pesquisas sobre os transtornos mentais, principalmente no campo social, estabelecendo aproximações com o campo da saúde coletiva, cujos princípios convergem para o mesmo objetivo: a humanização dos serviços, conferindo tratamento digno aos usuários do SUS.

Por outro lado, os dados epidemiológicos relacionados à incidência e prevalência de transtornos mentais no Brasil necessitam de pesquisas mais apuradas, pois ainda estão sendo utilizadas inferências estimativas, a partir de índices norte-americanos; contudo, tais índices

revelam que a doença mental é altamente prevalente. Em estimativas da prevalência de doença mental para um ano, encontraram-se valores de 24,2%, sendo 6% para Doenças Mentais Severas (DMS), quais sejam: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, autismo, formas de depressão maior, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo, e 3,1% para Doenças Mentais Persistentes (DMP). Estima-se, a partir desses dados, que 10.188.000 brasileiros sofram de uma doença mental séria, das quais 5.263.000 são persistentes; por conseguinte, mais de 10 milhões de pessoas necessitam atenção especializada em saúde mental (Mari, Jorge & Kohn, 2007).

O trabalho clínico desenvolvido com pacientes do Sistema Único de Saúde é a inspiração para o desenvolvimento desta pesquisa. O atendimento clínico-psicológico no âmbito do SUS desafia o profissional quanto ao entendimento das mais diversas patologias inseridas em um contexto biopsicossocial, extrapolando o foco individual e específico. Assim, delimitar um campo de estudos torna-se tarefa árdua, uma vez que tantas são as questões suscitadas que carecem de respostas na relação saúde/doença.

O tema *Manifestações psicossomáticas em sujeitos com transtorno mental psicótico*, que aqui se coloca em questão, torna-se relevante pelo fato de tais pacientes estarem inseridos na rotina dos serviços de saúde, desde a atenção primária em saúde, nos cuidados requeridos às unidades básicas de saúde, até quando são referidos à atenção secundária, nos cuidados conferidos pelos CAPSs e outros recursos, e demandando, inclusive, a atenção terciária, em nível hospitalar. Acredita-se que uma melhor compreensão desses usuários, em suas características singulares, portadores de males psíquicos e físicos exacerbados em sua vivência, colabore com o trabalho de profissionais de saúde envolvidos com esses sujeitos. Além disso, os estudos atuais no campo da psicossomática são, em sua maioria, direcionados à neurose, deixando uma carência sobre o assunto em relação à psicose.

Para desenvolver a presente pesquisa, fez-se a opção pelo estudo da clínica no que tange aos pacientes diagnosticados como psicóticos (antes por uma condição de direção de tratamento do que por marca estigmatizante), visando descobrir se os mesmos apresentam manifestações patológicas consideradas doenças psicossomáticas.

Pretendeu-se, neste estudo, observar se, no âmbito da clínica médica e psicológica dos transtornos mentais, o fenômeno psicossomático revela-se como comorbidade nesses quadros, e também se, de fato, as manifestações patológicas psicossomáticas podem ser verificadas antes ou depois da configuração clínica da doença psíquica, eclodindo como uma incógnita a mais no tratamento desses pacientes. A partir disso, foram propostas as seguintes questões:

como e por que pacientes psicóticos manifestam fenômenos psicossomáticos? Qual é a dinâmica emocional subjacente a esses fenômenos?

Conforme será discutido adiante, atualmente, as doenças psicossomáticas têm sido relacionadas ao processo fisiopatológico desencadeado pelo estresse. Assim, a hipótese que se buscará confirmar ou refutar será a de que o aparecimento de alterações psicossomáticas em portadores de transtorno mental psicótico vincula-se ao estresse e que este pode ter como fator desencadeador um estado emocional de medo. Para melhor compreender e tratar esses pacientes, propõe-se uma incursão no estudo da psicose, em suas diversas formas de apresentação, e também das doenças psicossomáticas, não menos variadas. Vale lembrar que tanto os quadros psicóticos quanto os fenômenos psicossomáticos atuam diretamente sobre o corpo da pessoa enferma, afetando, da mesma maneira, o psiquismo, que revela um estranhamento corpóreo, possibilitando a aparição de afecções potencialmente destrutivas.

Portanto, a proposta deste estudo teve por objeto investigar, evidenciar e analisar as relações existentes entre os transtornos mentais psicóticos e o aparecimento de fenômenos psicossomáticos, buscando compreender a dinâmica emocional subjacente à emergência desses fenômenos.

Assim sendo, objetivou-se realizar uma pesquisa de campo, analisando as possíveis relações existentes entre os transtornos mentais psicóticos e as doenças psicossomáticas, entendidas essas últimas como consequência de um estado de estresse, que pode ser desencadeado pelas emoções, sendo o afeto do medo a principal delas.

Ao se proceder uma análise de produção científica na base de dados PSYCINFO – conceituada e relevante na área da psicologia –, detectou-se que o descritor sinônimo de *Doença Psicossomática* é *Somatoform Disorder*. Alinhando a pesquisa com o descritor *Psychoses* e com o descritor *Stress*, obteve-se o seguinte resultado:

Psychoses and somatoform disorders – nenhum resultado;

Psychoses, somatoform disorders and stress – nenhum resultado;

Psychoses and stress: dois artigos (2003, 1956).

Relacionando-se descritores específicos das patologias psicóticas ao estresse, obteve-se o seguinte resultado (2005 a 2010):

Schizophrenia and stress: 2 artigos (2006, 2005);

Bipolar disorders and stress: 5 artigos (2010, 2008, 2007, 2006, 2005);

Paranoid disorders and stress: 1 artigo (2006).

Como se pode observar, as desordens somatoformes indicam a atual designação que engloba as manifestações psicossomáticas. Cabe esclarecer que a terminologia

“psicossomática” ora apresentada não é equivalente a *somatoform disorders*, sendo esta aqui descrita somente para mostrar o “estado da arte” do estudo em questão e cuja diferenciação terminológica será vista adiante. Destaca-se o fato de que, mesmo com o descritor *somatoform disorders*, não há evidências de pesquisas associadas aos transtornos psicóticos, dando-se mais ênfase às pesquisas sobre estresse e suas correlações, principalmente em associação ao transtorno bipolar do humor. O transtorno bipolar, com ou sem sintomas psicóticos, preserva um grau maior de consciência. Talvez essa possa ser uma justificativa para a correlação encontrada.

A ausência da correlação na base de dados entre doença psicossomática e psicose tornou-se um incentivo a mais para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que tal correlação pode ser verificada na clínica com psicóticos.

Portanto, em acordo com Minayo (2006), no sentido de que o caminho de elaboração científica processa-se por balizas filosóficas, entre elas, a vinculação entre o pensamento e ação:

(...) nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática, pelo menos no caso das Ciências Sociais. Isso quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos (p. 173).

Assim, a reflexão e o estudo propostos advêm de uma “inserção no real”, em que a clínica desenvolvida com pacientes portadores de transtornos mentais, em especial com psicóticos, suscita questões teóricas e práticas, em busca de respostas.

Para a realização da presente pesquisa, fez-se necessária a construção de uma ponte ligando a psicanálise aos estudiosos do estresse, ou seja, uma conexão entre os processos psíquicos e os fisiológicos, no intuito de construir um outro domínio. Conforme se verá adiante, os estudiosos do estresse defendem a tese de que as emoções são fatores desencadeantes do estresse como qualquer outro estressor, isto é, de natureza física ou química. Entre as emoções humanas mais conhecidas dos pesquisadores do estresse, encontra-se o afeto do medo, que será o responsável pelo desencadeamento de uma cascata fisiológica de reações somáticas conhecida como estresse.

Do ponto de vista psicológico, fez-se necessário recorrer à obra monumental de Sigmund Freud para verificar que contribuições ele teria a dar ao assunto, conforme destacado por Rodrigues (2008), cuja tese de doutoramento guia o caminho teórico aqui percorrido. Segundo esse último, a teoria da *Angst* freudiana, cujo afeto destacado por Freud seria o de medo, embora esse sentido tenha se perdido em diversas e equivocadas traduções para “angústia” e “ansiedade”, revela o papel dessa emoção, contribuindo para o desenvolvimento de alterações orgânicas. *Angst* é um afeto, um sentimento, uma emoção¹, algo que se externaliza (pela expressão facial, por exemplo) e que incita uma reação orgânica (sudorese, por exemplo). Essa emoção, capaz de provocar um estado de estresse (agudo ou crônico), afetando o equilíbrio orgânico como um agente estressor, mobiliza as reações do organismo, que, na fase de exaustão do estresse, pode levar a doenças potencialmente destrutivas, entre elas as psicossomáticas, ou à morte.

O suporte teórico inicia-se nas contribuições psicanalíticas, especificamente na Teoria de *Angst*, encontrando seu desfecho na psicofisiologia; esse suporte teórico é utilizado para analisar tais ocorrências na psicose, a partir de uma pesquisa de campo realizada com Estudo de Caso Múltiplos, na perspectiva de Yin (2005).

Optou-se, nesta pesquisa, pelas referências psicanalíticas clássicas, através de Sigmund Freud e Jacques Lacan, além de autores contemporâneos. Hans Selye, referência psicofisiológica fundamental, contribuiu de forma ímpar para este estudo, bem como autores brasileiros que desenvolvem pesquisas sobre estresse no Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, da Pontifícia Universidade Católica (PUC Campinas/SP); Júlio de Mello Filho é a referência brasileira, nos estudos de Psicossomática, junto a outros autores.

Assim, o Capítulo 2 contempla a Teoria de *Angst* em seus dois momentos teóricos, evidenciando de quão variada forma a emoção de medo possa manifestar-se e associar-se a outras emoções e sintomas. Em seguida, no Capítulo 3, abordam-se as doenças psicossomáticas, caracterizando-as e diferenciando-as do reducionismo presente nos manuais psiquiátricos. No Capítulo 4, aprofunda-se o estudo do estresse e suas consequências, relacionando todo o desequilíbrio na homeostase do organismo causado a partir de um estressor orgânico ou psíquico, afetando diversos sistemas. Articula-se a emoção do medo como um desencadeador do processo de estresse e, conseqüentemente, da doença psicossomática. Apresenta-se, em seqüência, no Capítulo 5 compreensões psicanalíticas e

¹ Kaufmann (1996) descreve o termo Angústia (*Angst*) como “Assimilada a “algo sentido” (*etwas Empfundenes*), da ordem do desprazer, a angústia é, para Freud, um estado de afeto (*Affektzustand*) provocada por um acréscimo de excitação que tenderia ao alívio por uma ação de descarga” (p. 36). Tomada com “algo sentido” extrapola-se a compreensão do termo para sentimento e emoção.

psiquiátricas da psicose, uma vez que a pesquisa foi realizada em campo multidisciplinar, em que as clínicas coexistem. Ao final desse capítulo relaciona-se, teoricamente, a psicose e a psicossomática.

O Capítulo 6 refere-se ao método adotado para a pesquisa de campo, cujo modelo de estudo foi o Estudo de Caso Múltiplos, proposto por Yin (2005), desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas, observação de campo e análise de prontuários. O método mostrou-se eficaz para a pesquisa proposta.

Com a apresentação dos dados, da análise e discussão dos resultados obtidos, apresenta-se o Capítulo 7, vinculando o suporte teórico aos fenômenos encontrados no campo, tanto em relação aos objetivos da pesquisa, como com percepções para além destes, confirmando o fato de que, ao voltar o olhar à pesquisa qualitativa embasada no social, esta revela muito mais do que se espera.

As Considerações Finais são traçadas no Capítulo 8, em que são também articuladas as conclusões possíveis das relações entre as manifestações psicossomáticas e a psicose.

2 ANGST COMO MEDO

“E também às vezes, quando estou deitada o medo volta a assaltar-me, o terror profundo do silêncio e do que poderá sair desse silêncio para me atingir. Eu então bato nas paredes, no chão, para acabar com o silêncio. Bato, canto, assobio com persistência até mandar o medo embora”.
Anais Nin

Entender os fenômenos do corpo e da mente sempre inquietou a humanidade. Assim, das antigas atribuições às causas sobrenaturais para o adoecer humano às descobertas de atribuições naturais, longo caminho foi percorrido por filósofos e pesquisadores. Ainda hoje, as influências recíprocas exercidas pela mente em relação ao corpo, tanto no que tange ao binômio saúde/doença, quanto em relação a outros fenômenos (mente/cérebro, por exemplo), continuam sendo intrigantes objetos de pesquisas.

Castro, Andrade e Muller (2006) revisaram, historicamente, a evolução dos conceitos saúde/doença e mente/corpo, percorrendo o conceito mágico de doença, o período grego clássico, a visão medieval e renascentista. Relevaram as raízes de tais construtos na psicanálise e na psiconeuroimunologia, destacando o papel e a importância da medicina psicossomática para a compreensão dos fenômenos, valorizando-a como uma possibilidade de compreensão holística.²

A psicanálise tem, portanto, uma contribuição ímpar para o estudo das relações mente/corpo. O desenvolvimento da teoria freudiana possibilitou a compreensão de diversos fenômenos psíquicos, indo além do campo da medicina e da neurologia.

Freud, no decorrer de sua obra, ao evidenciar a Teoria de *Angst*, estabeleceu o papel das emoções para o desenvolvimento de patologias significativas. Buscou-se, nesta pesquisa, evidenciar tal relação.

2.1 A TEORIA DE *ANGST*

Do ponto de vista psicanalítico, Sigmund Freud inaugurou um novo campo na compreensão do psiquismo, o qual se tornou um marco para a observação dos fenômenos mente/corpo. Ao atentar para a *histeria de conversão*, abriu caminho para a observação da

² Compreensão holística refere-se à compreensão do homem considerando seus aspectos biopsicossociais.

estreita relação entre o físico e o psíquico. Também introduziu conceitos importantes nos quais se fundamenta a maior parte dos conhecimentos a respeito do psiquismo humano. O conceito de *inconsciente* revela que parte da vida mental do ser humano é regida por processos ignorados pela consciência, mas que podem ser revelados por intermédio de análise psíquica. Os processos inconscientes são resultantes de forças pulsionais, emoções e afetos, que influenciam o funcionamento do indivíduo. Freud enumerou três fatores interatuantes na etiologia das enfermidades: as condições, relacionadas à predisposição hereditária; as causas concorrentes ou auxiliares, tais como perturbação emocional, esgotamento físico, doenças graves, intoxicações, acidentes traumáticos, sobrecarga intelectual, entre outros; as causas específicas, necessárias ao desenvolvimento de cada patologia (Freud, 1994 [1896], v. 3). O corpo teórico da psicanálise, aliado à clínica psicanalítica, permite a exploração de diversos conceitos que podem embasar a compreensão dos fenômenos psicossomáticos. Assim, entre os muitos conceitos empregados por Freud em sua metapsicologia, será destacado o conceito de *Angst*, por se relacionar, diretamente, com o estudo em questão.

Segundo Rodrigues (2008), o termo *Angst*, assim como outros vocábulos, foi traduzido de diversas formas para a língua portuguesa. A Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, da Imago Editora, destaca, com frequência, em notas de rodapé e apêndices, esclarecimentos sobre o assunto tratado em cada texto e os possíveis impasses de tradução. Invariavelmente, críticas de psicanalistas e tradutores quanto à maior fidedignidade à teoria freudiana incitam novas e melhores traduções, o que vem sendo realizado pela própria editora, a partir do ano de 2006.

No apêndice do texto intitulado “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’”, de Freud (1994 [1895-1894]), há o esclarecimento sobre “O termo ‘*Angst*’ e sua tradução inglesa”. Relatou James Strachey, (comentador de toda edição Standard Brasileira), nesse apêndice, que o termo foi invariavelmente traduzido em inglês para “*anxiety*”, “nas acepções técnicas ou semitécnicas” (p. 118, v. 3) e outras palavras do inglês corriqueiro foram adotadas da forma avaliada como mais apropriadas. Com relação à tradução para a língua portuguesa (através do inglês), explicou, na nota:

A tradução adotada ao longo de toda Edição *Standard Brasileira*, para a palavra inglesa “*anxiety*” é “angústia”, reservando-se “ansiedade” para reproduzir o inglês “*anxiousness*” e, conforme o texto (e o contexto), vertendo-se “*fright*” por “susto” ou “pavor”, “*fear*” por “medo” etc. Essa

escolha, arbitrária como em qualquer tradução, respeita na língua portuguesa as considerações etimológicas do Editor inglês, e sobretudo a escolha freudiana de *Angst*. “*Anxiety*” exprime o estado daquele ou daquilo que se acha “estrangulado”, “estreito”, “sufocado”. É em “angústia” que encontramos reproduzida, em português, essa ideia de estreitamento e restrição. (...) São também essas as ideias presentes no alemão “*Angst*” em seu emprego anobjetal, o que transparece no verbo “*angstigen*” (assustar, meter medo): trata-se de dar expressão à sufocante experiência vivenciada no susto, no contato imprevisto com o inesperado, o insólito, o não reconhecido pela consciência. O termo “ansiedade” não traduziria convenientemente o inglês “*anxiety*”, apesar da aparente semelhança fonética, se considerarmos que, em suas origens, seu sentido próprio é o de desassossego ou inquietação, e seu sentido figurado é o de escrupulo ou preocupação escrupulosa (p. 118, v. 3).

Sobre a tradução do vocábulo alemão “*Angst*”, na nova versão da Editora Imago, esclareceu Luiz Alberto Hans, na apresentação ao ensaio “Além do princípio do prazer”, de Freud (2006 [1920]), que a versão correta do vocábulo é “medo” e acrescentou:

Seja qual for o termo que se opte por empregar na tradução, é importante que o leitor tenha presente que em *Angst*, mesmo quando se trata de um medo vago e antecipatório, ocorre um estado de prontidão reativa, visceral e intensa. Trata-se de um afeto vinculado à sensação de perigo e que pode transformar-se em fobia e em pavor. Todos, aspectos com implicações teóricas e clínicas de amplo alcance. Isto vale tanto para a primeira como para a segunda teoria freudiana de *Angst* (p. 133-134, v. 2).

Três textos de Freud estabelecem a acepção de *Angst* e outros vocábulos relacionados: a “Conferência XXV”, de 1917-16, “Além do princípio do prazer”, de 1920, e “Inibições, sintomas e ansiedade”, de 1926. Cada qual estabelece pontos teóricos importantes e modificados no decorrer da obra.

Cumprir ressaltar que o sentido de *Angst* como medo e suas possíveis manifestações diante do perigo interno ou externo será investigado como aporte teórico psicanalítico neste trabalho, por ser o afeto, o estado ou a emoção capaz de desencadear reações físicas e psicológicas, cujos efeitos podem propiciar manifestações psicossomáticas.

Trilhar todo o caminho percorrido por Freud no que concerne à Teoria de *Angst* não é o principal objetivo deste trabalho, embora seja necessário saber sobre esse caminho, muitas vezes já percorrido por outros autores. Afora a tomada de propriedade do percurso quando trilhado em sua originalidade – autor principal –, ressalta-se que fontes secundárias, tais como

Rodrigues (2008), bem como a obra freudiana, serão utilizadas como recurso, a fim de que se alcance o objetivo proposto como tema desta pesquisa.

2.1.1 A Primeira Teoria de *Angst*

A Teoria de *Angst* (do medo) é compreendida como aquela que pode ser dividida em dois momentos históricos da elaboração do pensamento freudiano: a primeira, que tem seus primórdios em 1895 em “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’”, estendendo-se até 1926, quando é então elaborada a segunda teoria a partir do trabalho “Inibições, Sintomas e Ansiedade” (Kaufmann, 1996; Rodrigues, 2008). Nagera et al. (1970) e Kusnetzoff (1982) apontaram, respectivamente, em “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895, e em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, a configuração inicial da primeira teoria de *Angst*.

Interessa destacar o Rascunho B, intitulado “A etiologia das neuroses”, em que Freud (1990 [1893]) aborda a diferença entre a neurastenia e a neurose, a qual passou a ser denominada “neurose de angústia” (neurose de medo), para o entendimento do ponto de partida de *Angst*.

O quadro já estabelecido para a neurastenia configurava-a como sendo uma consequência frequente da vida sexual anormal, o que causaria um esgotamento sexual precoce e geraria um empobrecimento da função sexual, relativa impotência e debilidade sexual – inata ou adquirida na juventude –, pelo excesso de masturbação. Caracterizava-se ainda uma diminuição da autoconfiança, com expectativas pessimistas e certas tendências a ideias antitéticas aflitivas.

No homem, a neurastenia seria adquirida na puberdade, pela prática da masturbação, manifestando-se por volta dos 20 anos. Atuando com intensidade e por tempo prolongado, transformava a pessoa em neurastênico sexual, enfraquecido em sua potência sexual; além da masturbação, o coito interrompido (*onanismus conjugalis*), visando evitar a gravidez, seria um fator nocivo predispondo para a neurastenia. Afirmou Freud (1990 [1893]) que “*toda neurastenia é sexual*” (p. 223, v. 1).

A neurastenia feminina surgiria, raramente, em mulheres casadas e mulheres não casadas de mais idade, em decorrência da neurastenia masculina, devido à limitação do

homem em sua potência. A neurastenia aliada à histeria originaria a *neurose mista*, resultando diretamente do *refreamento da excitação do ato* pela mulher, que sofreria, de alguma forma, uma neurastenia discreta.

O surgimento do fator *Angst*, tanto na histeria quanto na neurastenia, levou Freud (1990 [1893]) ao seguinte questionamento:

Contudo, a questão é saber se o surgimento proeminente desse fator [angústia], sem estarem os outros sintomas especialmente desenvolvidos, não deveria ser destacado como uma “neurose de angústia” independente, particularmente tendo em conta que esta pode ser encontrada não menos frequentemente na histeria do que na neurastenia (p. 226-227, v. 1).

Freud (1990 [1893]) estabeleceu, então, que deveria fazer uma particularização da ocorrência de *Angst* em diversos quadros patológicos, elucidando, ainda, como *Angst* faz o seu aparecimento:

A neurose de angústia surge sob duas formas: como um *estado crônico* e como um *ataque de angústia*. As duas formas podem combinar-se facilmente; e um ataque de angústia nunca ocorre sem sintomas crônicos. Os ataques de angústia são mais comuns nas formas ligadas à histeria — são, portanto, mais frequentes em mulheres. Os sintomas crônicos são mais comuns em homens neurastênicos. Os sintomas crônicos são: (1) angústia relacionada com o corpo (hipocondria); (2) angústia em relação ao funcionamento do corpo (agorafobia, claustrofobia, vertigem em lugares altos); (3) angústia relacionada com as decisões e a memória — isto é, as fantasias de alguém a respeito de seu próprio funcionamento psíquico (*folie de doute*, ruminções obsessivas etc.). Até este momento, não tive nenhuma razão para não tratar desses sintomas como sendo equivalentes (p. 227, v. 1).

Em “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’”, Freud (1994 [1895-1894]) dá maior consistência às elaborações sobre a neurose de angústia como uma entidade clínica, abrangendo os seguintes sintomas, que podem acompanhar ou substituir um ataque de angústia, bem como aparecer também sob a forma crônica:

a) Irritabilidade geral relacionada a um estado nervoso:

A irritabilidade aumentada aponta sempre para um acúmulo de excitação ou uma incapacidade de tolerar tal acúmulo – isto é, para um acúmulo *absoluto* ou *relativo de excitação*. Uma das manifestações dessa irritabilidade aumentada me parece merecer menção especial; refiro-me à *hiperestesia auditiva*, a uma hipersensibilidade ao ruído – um sintoma indubitavelmente explicável pela íntima relação inata entre as impressões auditivas e o pavor. A hiperestesia auditiva revela-se frequentemente como sendo causa de insônia, da qual mais de uma forma pertence à neurose de angústia (Freud, 1994 [1895-1894], p. 94-95, v. 3).

b) Expectativa angustiada: consiste na tendência a adotar uma visão pessimista das coisas em geral, exagerando uma mera possibilidade de algo ruim vir a acontecer, sem nenhum fundamento específico; é, portanto, uma angústia, um medo exagerado, às vezes reconhecido pelo próprio paciente como uma espécie de compulsão (impelido a agir dessa forma). A *hipocondria* é um típico exemplo:

Para uma das formas da expectativa angustiada – a que se relaciona com a saúde do próprio sujeito – podemos reservar o velho termo *hipocondria*. O auge alcançado pela hipocondria nem sempre é paralelo à expectativa angustiada geral; requer como pré-condição a existência de parestesias e sensações corporais aflitivas. Assim, a hipocondria é a forma preferida pelos neurastênicos genuínos quando estes caem presa da neurose de angústia, como ocorre com frequência (Freud, 1994 [1895-1894], p. 95, v. 3).

A *angústia moral*, o escrúpulo e o pedantismo são também expressões da expectativa angustiada, presentes em pessoas com uma dose de sensibilidade moral maior do que a apresentada de costume, variando do normal à mania de duvidar. Nos casos de expectativa angustiada, Freud pensou a ocorrência de um *quantum de angústia em estado de livre flutuação*.

c) Ataque de angústia: um ataque de ansiedade que irrompe, subitamente, na consciência, conforme descrito a seguir:

Esse tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia, sem nenhuma representação associada, ou ser acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tal como representações de extinção da vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (similar à aura histérica) pode combinar-se com o

sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular (Freud, 1994 [1895-1894], p. 96, v. 3).

d) Ataques de angústia rudimentares e equivalentes a ataques de angústia: consiste em ataques de angústia com grande variação sintomática. Assim, têm-se:

(a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da *atividade cardíaca*, tais como palpitação, seja com arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que pode terminar num grave enfraquecimento do coração e que nem sempre é facilmente diferenciável da afecção cardíaca orgânica; e ainda a pseudoangina do peito – um assunto delicado em termos de diagnóstico!

(b) Ataques de angústia acompanhados por *distúrbios respiratórios*, várias formas de dispneia nervosa, acessos semelhando asma e similares. Gostaria de enfatizar que mesmo esses ataques nem sempre vêm acompanhados de angústia reconhecível.

(c) Acessos de suor, geralmente à noite.

(d) Acessos de *tremores e calafrios*, muito facilmente confundidos com ataques histéricos.

(e) Acessos de *fome devoradora*, frequentemente acompanhados de vertigem.

(f) Diarreia sobrevivendo em acessos.

(g) Acessos de *vertigem locomotora*.

(h) Acessos do que se conhece como *congestões*, incluindo praticamente tudo o que tem sido denominado de neurastenia vasomotora.

(i) Acessos de *parestesias* (Estes, porém, raramente ocorrem sem angústia ou uma sensação semelhante de mal-estar.) (Freud, 1994 [1895-1894], p. 97, v. 3).

e) Acordar em pânico à noite, associado com angústia, dispneia, suores, etc.

f) A “vertigem”, mais branda como “tonteira” ou mais intensa como “acessos de vertigem”, combinada com distúrbios cardíacos e respiratórios.

g) Fobias típicas, a partir de um fato real, e atípicas, baseadas nas obsessões.

h) Perturbação das atividades digestivas, tais como diarreia, constipação, bem como aumento da micção.

i) Parestesias, atípicas e mutáveis, tais como um aumento da sensibilidade à dor e tendência às alucinações.

j) Sintomas crônicos de diarreia, vertigens e parestesias, difíceis de reconhecer devido à sensação ansiosa que os acompanha ser menos clara que em um ataque de angústia.

No decorrer desse texto, Freud (1994 [1895-1894]) vai formando a ideia de que, por trás de todos esses modos de aparição de *Angst*, encontram-se, também, a excitação somática, uma baixa da libido sexual e uma mudança de curso, afastando-se essa de sua satisfação normal, fato que o levou à seguinte construção:

Todas essas indicações – de que estamos diante de um acúmulo de excitação; de que a angústia, provavelmente correspondente a essa excitação acumulada, é de origem somática, de modo que o que se está acumulando é uma excitação *somática*; e ainda, de que essa excitação somática é de natureza sexual é (*sic*) acompanhada por um decréscimo da participação *psíquica* nos processos sexuais-, todas essas indicações, dizia eu, levam-nos a esperar que o *mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação* (p. 108-109, v. 3).

Segundo Rodrigues (2008), Freud apontou em “A interpretação dos sonhos”, de 1900, uma explicação mais complexa do surgimento de *Angst*:

Ela passa a ser resultante de dois processos: um, fisiológico, no qual a libido não ligada psicologicamente seria descarregada pelas vias neurônicas e motoras na forma de medo; o outro seria proveniente do recalque da libido já ligada psiquicamente. Ao separar a ideia do afeto, esse último sofreria uma vicissitude dupla: de um lado formaria o sintoma, de outro, manifestar-se-ia na forma de medo (p. 39-40).

Na Conferência XXV, traduzida como “A ansiedade”, Freud (1976 [1917-1916]) sintetizou sua visão de *Angst* até esse momento. Ora é usado o termo ansiedade, ora é utilizado o termo angústia. Em nota explicativa do comentador, o termo “ansiedade” refere-se “à vivência do sofrimento psíquico determinado pela presença de um conflito interno” e “angústia” designa “o aspecto global, abrangendo o componente psíquico, ansiedade, mais as manifestações somáticas decorrentes do estado de tensão e sofrimento internos” (p. 457-458, v. 16).

O psicanalista, na Conferência XXV, fez a distinção entre os usos de *Angst*, *Furcht* e *Schreck*, como:

Evitarei aprofundar-me na questão de saber se nosso uso idiomático quer significar a mesma coisa, ou algo nitidamente diferente, com a palavra “*Angst* [ansiedade]”, “*Furcht* [medo]” e “*Schreck* [susto]”. Apenas direi que julgo “*Angst*” referir-se ao estado e não considera o objeto, ao passo que “*Furcht*” chama a atenção precisamente para o objeto. Parece que “*Schreck*”, por outro lado, tem sentido especial; isto é, põe ênfase no efeito produzido por um perigo com o qual a pessoa se defronta sem qualquer estado de preparação para a ansiedade. Portanto, poderíamos dizer que uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade (Freud, 1976 [1917-1916] p. 461, v. 16).

Rodrigues (2008) ressaltou o erro de tradução do fragmento acima: em vez de “(...) uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade” deveria ser “(...) uma pessoa se protege do susto mediante o medo” (p. 43), sendo *susto* e *medo*, respectivamente, *Schreck* e *Angst*, de acordo com a ideia de medo como defesa contra o susto, teorizada na Conferência XXV.

Freud (1976 [1917-1916]) tomou como referência a neurose, mas ressaltou que *Angst* se faz presente na vida cotidiana, não se restringindo aos quadros psicopatológicos. Descreveu a existência de uma “ansiedade realística” (medo realístico – *Realangst*) em contraste com “ansiedade neurótica” (medo neurótico – *Neurotische Angst*). Esclareceu:

A ansiedade realística atrai nossa atenção como algo muito racional e inteligível. Podemos dizer que ela é uma reação à percepção de um perigo externo – isto é, de um dano que é esperado e previsto. Está relacionada ao reflexo de fuga e pode ser visualizada como manifestação do instinto de autopreservação (p. 459, v. 16).

O medo realístico refere-se, portanto, a um temor – *Furcht* – advindo do real, que desencadeia a ação de luta ou fuga diante da ameaça externa, despertando o impulso de autopreservação. Diante da situação ameaçadora, a reação consiste em uma mistura de “afeto de ansiedade e de ação defensiva”. A ansiedade excessiva paralisa a ação, mas a geração de ansiedade pode limitar-se a um sinal, transformando a preparação para a ansiedade em ação.

Esse “(...) estado de preparação” expectante para o perigo “se manifesta por meio de um aumento da atenção sensorial e da tensão motora” (Freud, 1976 [1917-1916], p. 460, v. 16). Ao estado subjetivo de percepção da ansiedade, Freud denomina *afeto*, ressaltando que a enumeração de suas características não o atinge em sua essência. O afeto inclui “determinadas inervações ou descargas motoras” e “certos sentimentos; estes são de dois tipos: percepções das ações motoras que ocorreram e sensações diretas de prazer e desprazer que, conforme dizemos, dão ao afeto seu traço predominante” (Freud, 1976 [1917-1916], p. 461, v. 16).

Sobre a ansiedade neurótica ou medo neurótico, o psicanalista descreveu três tipos de manifestação:

a) Ansiedade expectante ou expectativa ansiosa a qual Rodrigues (2008) denomina “expectativa medrosa ou temerosa”:

(...) encontramos uma apreensão generalizada, uma espécie de ansiedade livremente flutuante, que está pronta a se ligar a alguma ideia que seja de algum modo apropriado a esse fim, que influencia o julgamento, seleciona aquilo que é de se esperar, e está aguardando qualquer oportunidade que lhe permita justificar-se (Freud, 1976 [1917-1916], p. 464, v. 16)

b) A ansiedade das fobias, que é “psiquicamente ligada e vinculada a determinados objetos e situações, (...) extremamente multiformes e frequentemente muito estranhas” (Freud, 1976 [1917-1916], p. 464, v. 16).

c) Os ataques espontâneos de ansiedade, não havendo nenhum sinal de perigo ou qualquer causa verificada como perigo: “O ataque total pode ser representado por um único sintoma, intensamente desenvolvido por um temor, uma vertigem, por palpitação ou dispnéia; e a sensação geral, pela qual reconhecemos a ansiedade, pode estar ausente ou haver-se tornado indistinta” (Freud, 1976 [1917-1916], p. 467, v. 16).

Rodrigues (2008) considera que esse último tipo de manifestação pode ser denominado “ataques de medo”, devido às considerações feitas sobre a tradução do termo *Angst*.

Na Conferência XXV, Freud acreditava que qualquer interferência na descarga da tensão sexual faria com que a excitação acumulada encontrasse uma saída na forma de ansiedade, aqui compreendida como medo. Assim, evidenciou o medo real, motivado por um estímulo externo que ofereça perigo, e o medo neurótico, como decorrente do recalque da pulsão libidinal, transformando-se em energia livre, a qual se liga a objetos ou situações reais

e se transforma em fobias, ou ainda, manifesta-se junto a sintomas neuróticos ou na forma de ataques de medo, atualmente reconhecidos como ataques de pânico.

Kusnetzoff (1982), embora tomando *Angst* por *angústia*, apresentou o entendimento fundamental de que:

(...) a angústia real tem um desencadeamento objetivo, concreto e exterior, mas também tem um desenvolvimento patológico incontrolado, irracional, podendo culminar num ataque ou numa reação de pânico. Isto leva-nos a procurar motivações inconscientes que atuem como desencadeantes destes afetos: portanto, subjacente a uma angústia real, na imensa maioria dos casos, encontra-se uma angústia neurótica (p. 155).

Encontra-se, em “Além do princípio do prazer”, novamente, a demarcação dos conceitos “*Schreck*”, “*Furcht*” e “*Angst*”, retomados por Freud (tendo-se aqui, como referência, a tradução de 2006 – Imago Editora – que difere de traduções anteriores):

Susto [*Schreck*], receio [*Furcht*], medo [*Angst*] são usados injustamente como expressões sinônimas; podemos distingui-las de fato em sua relação com o perigo. Medo [*Angst*] denomina um certo estado, como o de expectativa diante do perigo e preparação para ele, mesmo que ele seja desconhecido; receio [*Furcht*] requer um objeto determinado do qual se tem medo [*Angst*]; susto [*Schreck*], porém nomeia o estado em que se entra quando se corre perigo sem se estar preparado para ele, e acentua o valor surpresa. Não acredito que o medo [*Angst*] possa provocar uma neurose traumática; no medo [*Angst*] há algo que protege contra o susto [*Schreck*] e, portanto, também contra a neurose traumática (Freud, 2006 [1920], p. 139-140, v. 2).

Segundo considerações de Luiz Alberto Hanns, nos “Comentários do Editor Brasileiro”, que antecipa o texto de Freud (2006 [1920], v. 2) intitulado “Além do princípio do prazer”, *Angst* é um sentimento de medo, diante de uma ameaça real ou imaginária, específica ou inespecífica, de aniquilação ou dano, variando de receio ou temor até o pânico ou pavor, podendo ocorrer uma reação imediata, visceral e intensa, diante da ameaça. Hanns, nessa obra de Freud, comenta que: “*Angst* evoca algo que se externaliza claramente (expressão facial, suor, voz, etc.) e desencadeia uma ação (de ataque ou fuga), ou, mais raramente, algo que causa tanto pavor que paralisa o sujeito” (p. 128, v. 2). A diferença para

Furcht é que esse significa medo, mas no sentido de receio e temor, referindo-se a objetos específicos e à preocupação. *Furcht* possui um caráter antecipatório e, conforme Hanns, esse termo “permite antecipar, simular e planejar utilizando-se uma carga de afeto ‘controlável” (p.128, v. 2).

Em “Além do princípio do prazer”, Freud (2006 [1920]) acrescentou às teorizações sobre *Angst*, como um estado físico e psíquico, mas que prepara para a ação diante do perigo, deixando transparecer a ideia inicial da nova construção que faria posteriormente, em 1926.

Nessa primeira teoria, a *Angst* seria um afeto “decorrente da deflexão da energia sexual livre, isto é, da energia não ligada psiquicamente” (Rodrigues, 2008, p. 39), ou seja, “proveniente de um excesso de energia libidinal não eliminada”, sendo, então, “uma descarga direta de uma quantidade de libido não utilizada pelo eu” (Kaufmann, 1996, p. 36). Contudo, conforme postulava na “Interpretação dos sonhos”, Freud reafirmou, em 1917 e manteve sua posição em 1920, que é diante do recalque da libido que o afeto a ela vinculado se transformaria em medo: “Tenho afirmado que a transformação em ansiedade – seria melhor dizer, descarga sob a forma de ansiedade – é o destino imediato da libido quando sujeita à repressão. Devo acrescentar que esse destino não é o único nem o definitivo” (Freud, 1976 [1917-1916], p. 477, v. 16). O psicanalista ainda faria uma nova teorização, que será apresentada no subitem a seguir, como a Segunda Teoria de *Angst*.

2.1.2 A Segunda Teoria de *Angst*

A segunda Teoria de *Angst* permanece inalterada até o final das formulações freudianas. Em 1926, Freud apresentou, em “Inibições, sintomas e ansiedade”, as novas considerações sobre *Angst*. Reconheceu, nesse texto, o eu como o único lugar da angústia (*Angst*), postulação feita após o desenvolvimento da segunda tópica, na qual o psiquismo está subordinado às instâncias Id (Isso), Ego (Eu) e Superego (Supereu). Assim sendo, abandona a ideia de que o afeto de medo advém do recalque da libido, por ser incoerente com suas novas descobertas. Apresentou novo entendimento de *Angst* do seguinte modo:

O problema de como surge a ansiedade em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à ideia de

que o ego é a sede real da ansiedade, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade (Freud, 1976 [1926-1925], p. 114, v. 20).

Freud (1976 [1926-1925]) continuou a argumentação, atribuindo uma anterioridade inconsciente ao processo de *Angst*, precipitado por vivências anteriores:

A ansiedade não é criada novamente na repressão; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente. Se formos adiante e indagarmos da origem dessa ansiedade — e dos afetos em geral — estaremos deixando o domínio da psicologia pura e penetrando na fronteira da fisiologia. Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos (p. 114-115, v. 20).

A imagem *mnêmica* à qual Freud (1976 [1926-1925]) se reportou seria o nascimento, como modelo de todas as situações de perigo vividas posteriormente: “A ansiedade sentida ao nascer tornou-se o protótipo de um estado afetivo que teve que sofrer as mesmas vicissitudes que os outros afetos” (p. 186, v. 20). Conforme salientou Kusnetzoff (1982): “Os afetos ligados a essa situação inicial se reproduzem automaticamente em situações análogas. Mas, sendo automática, essa reprodução vem a ser uma forma inadequada de reação” (p. 160).

Nessa segunda teoria, Freud abandonou a visão econômica e postulou *Angst* como um sinal de defesa, um aspecto de preparação para o perigo. O ego é a sede de *Angst* e dos afetos e há um aspecto biológico, reações orgânicas desencadeadas diante da ameaça ao eu. O autor elaborou a teoria da seguinte forma:

Ou o estado de ansiedade se reproduzia *automaticamente* em situações análogas à situação original e era assim uma forma inadequada de reação em vez de apropriada, como o fora na primeira situação de perigo, ou o ego adquiria poder sobre essa emoção, reproduzia-a por sua própria iniciativa e a empregava como uma advertência de perigo e como um meio de pôr o mecanismo de prazer-desprazer em movimento. Demos assim ao aspecto biológico do afeto de ansiedade sua devida importância, reconhecendo a ansiedade como a reação geral a situações de perigo, enquanto endossávamos o papel desempenhado pelo ego como a sede da ansiedade, atribuindo-lhe a função de produzir afeto de ansiedade de acordo com suas necessidades. Assim atribuímos duas modalidades de origem à ansiedade na

vida posterior. Uma era involuntária, automática e sempre justificada sob fundamentos econômicos, e ocorria sempre que uma situação de perigo análoga ao nascimento se havia estabelecido. A outra era produzida pelo ego logo que uma situação dessa espécie simplesmente ameaçava ocorrer, a fim de exigir sua evitação. No segundo caso o ego sujeita-se à ansiedade como uma espécie de inoculação, submetendo-se a um ligeiro ataque da doença a fim de escapar a toda sua força. Ele vividamente imagina a situação de perigo, por assim dizer, com a finalidade inegável de restringir aquela experiência aflitiva a uma mera indicação, a um sinal (Freud, 1976 [1926-1925], p. 186, v. 20).

O psicanalista retomou o tema em questão na Conferência XXXII, das *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, intitulada “Ansiedade e vida instintual”. Manteve a estância egoica como o receptáculo da três principais formas de *Angst*, expressando-se assim:

(...) temos verificado de bom grado um desejável elemento de correspondência no fato de que as três principais espécies de ansiedade, a realística, a neurótica e a moral, podem com tanta facilidade ser correlacionadas com as três relações dependentes que o ego mantém — com o mundo externo, com o id e com o superego. Ao mesmo tempo que essa nova visão, em especial a função da ansiedade como sinal que anuncia uma situação de perigo (uma noção, aliás, não desconhecida nossa), assume proeminência, perde interesse a questão de saber qual é o material de que é feita a ansiedade, e as relações entre ansiedade realística e neurótica se tornaram surpreendentemente claras e simples (Freud, 1994 [1933-1932], p. 89, v. 22).

Ao manter o medo realístico, neurótico e moral, correlacionando-os ao id, ego e superego, Freud manteve também *Furcht*, o temor real e reação de luta ou fuga diante da ameaça à integridade, bem como a expectativa temerosa, as fobias e os ataques de pânico, como manifestações de *Angst*. A ação do superego, revelada sob a forma de *Angst* moral, não é desconsiderada nessa nova formulação.

Freud (1994 [1933-1932]) ainda aprofundou discussões no que concerne à relação entre *Angst*, o desenvolvimento do ego e os estádios de desenvolvimento psicosssexual, momentos de sua aparição no curso da vida:

Se nos detivermos um pouco nessas situações de perigo, podemos dizer que, de fato, para cada estágio do desenvolvimento está reservado, como sendo adequado para esse desenvolvimento, um especial fator determinante de ansiedade. O perigo de desamparo psíquico ajusta-se ao estágio da imaturidade inicial do ego; o perigo de perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se à falta de autossuficiência dos primeiros anos da infância; o perigo de ser castrado ajusta-se à fase fálica; e, finalmente, o temor ao superego, que assume uma posição especial, ajusta-se ao período de latência. No decorrer do desenvolvimento, os antigos fatores determinantes de ansiedade deveriam sumir, pois as situações de perigo correspondentes a eles perderam sua importância devido ao fortalecimento do ego. Isto, contudo, só ocorre de forma muito incompleta. Muitas pessoas são incapazes de superar o temor da perda do amor; nunca se tornam suficientemente independentes do amor de outras pessoas e, nesse aspecto, comportam-se como crianças. O temor ao superego normalmente jamais deve cessar, pois, sob a forma de ansiedade moral, é indispensável nas relações sociais, e somente em casos muito raros pode um indivíduo tornar-se independente da sociedade humana (p. 91-92, v. 22).

Sendo *Angst* fundada no momento do primevo desamparo psíquico – o nascimento –, perpetua-se como uma repetição dessa vivência, nos diversos momentos em que o ego experimentar situações aflitivas, cabendo a esse último transformá-la em um sinal. Assim, conforme demonstrou Freud, as marcas *mnêmicas*, uma vez impressas no psiquismo, serão constantemente revividas.

Na assertiva de Kaufmann (1996) sobre *Angst*, “Freud vai considerá-la cada vez mais como a marca histórica das tendências através das quais se manifestam o impacto do traumatismo, os avatares da relação de objeto e o mal-estar de um eu atormentado pelas vacilações de sua integridade” (p. 36).

Explorar a Teoria de *Angst* na Psicanálise permite verificar o quanto afetos e emoções interferem no corpo. As postulações freudianas, aliadas ao desenvolvimento das ciências humanas para além das ciências puramente médicas, delimitaram o caminho na compreensão do ser humano, ora sujeito, ora assujeitado diante de seus afetos e emoções, sejam esses advindos de processos reais ou fictícios, conscientes ou inconscientes, orgânicos ou psíquicos. Afetos e emoções são tão potentes no curso de um desenvolvimento patológico quanto o são os vírus e as bactérias.

Apoiada, inicialmente, em constructos psicanalíticos e evidenciando o enlace *soma* (corpo) e *psychê* (alma), nasce a psicossomática, buscando compreender e cuidar dessa via de mão dupla, na qual todos os sujeitos transitam.

3 MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS

*Nas mãos cabe gesto
Cabe sol
Nas mãos cabe
Ternura e uma canção
No olhar distraído
Cabe procura
Na alma intranquila
A solidão...
...Na alma cabe desejo
Cabe mágoa
Na alma cabe
Cantatas e paixões
No corpo trêmulo
Cabem charadas
Na falsa indiferença
Razões
Carla Dias*

O termo “psicossomática” surgiu no século XX, sendo utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra alemão Heinroth, que criou as expressões *psicossomática* (1918) e *somatopsíquica* (1928), distinguindo os dois tipos de influências e as duas diferentes direções (Mello Filho et al., 2010). O movimento se consolidou em meados desse século com Franz Alexander e a Escola de Chicago.

Conforme Mello Filho et al. (2010), a psicossomática evoluiu em três fases: uma *inicial* ou *psicanalítica*, com a preponderância dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, sobre as teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer; a *intermediária*, ou *behaviorista*, cuja ênfase era dada à pesquisa com homens e animais, com o aporte das ciências exatas e também valorizando e avançando nos estudos sobre estresse; e, finalmente, a fase *atual* ou *multidisciplinar*, na qual a dimensão social ganha importância conectada à visão da psicossomática como um campo de interação, agregando diversos profissionais de saúde.

Advinda de uma torção da compreensão médica positivista sobre os fenômenos do adoecer, a medicina psicossomática destacou-se desta ao integrar “três perspectivas: a doença com sua dimensão psicológica; a relação médico-paciente com seus múltiplos desdobramentos; a ação terapêutica voltada para a pessoa do doente, este entendido como um todo biopsicossocial” (Eksterman, 2010, p. 39).

Devido ao seu avanço na compreensão do processo saúde/doença, ocorreu a extrapolação do campo *medicina psicossomática* para o campo *psicossomática*, não deixando

de existir sempre uma vinculação histórica, assim como ocorreu com a psicanálise em relação à medicina. Portanto, a psicossomática permeia diversos campos de conhecimento, não se restringindo apenas à medicina psicossomática.

Com o intuito de entender os quadros ditos psicossomáticos, a abordagem médica positivista não é suficiente, embora não se possa prescindir desta. Uma crítica que se faz a esse modelo é de que, para além de delimitar sintomas e síndromes, descritas nos manuais, faz-se necessário compreender o sujeito que sofre e permitir a expressão de sua subjetividade e de sua emoção. Se a ciência psicológica constitui-se, em um primeiro momento, pela via da organização e adaptação do homem às normas (nas fábricas), compactuando com estratégias de dominação e exploração, no decorrer do século XX, afirmou-se como ciência do homem biopsicossocial, compreensão mais complexa, ainda que sempre insuficiente, dos aspectos que entrelaçam a vida da espécie humana.

Assim, debruçando-se sobre os processos subjetivos inerentes ao ser humano, na urgência do corpo que adoece, firmou-se a pesquisa psicossomática, orientada “para pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença, tal a importância da mente em nossos processos biológicos” (Mello Filho, 2002, p. 20-21).

Retomando o pressuposto afirmado por autores contemporâneos, a psicossomática objetiva tratar doentes e não doenças, concebendo o ser humano com essa natureza biopsicossocial, atendo-se ao princípio de que toda doença é psicossomática, contestando a cisão mente/corpo, entendendo que os fenômenos psicossomáticos instauram uma atitude e um campo de pesquisas, sobre o qual se acumulam diversos conhecimentos.

Muitos autores envidaram esforços no sentido de constituir um arcabouço teórico consistente, capaz de explicar e tornar compreensível o fenômeno psicossomático. As escolas Americana e Francesa contribuíram com conceitos que fazem parte das discussões atuais no campo da psicossomática, contudo, não serão abordados neste trabalho, cuja ênfase recairá sobre os objetivos expostos anteriormente.

Embora alguns autores como Mello Filho (2002) e Fortes, Tófoli e Baptista (2010) tenham optado pela ideia de que toda doença é psicossomática, outros autores contemporâneos, tais como Ballone, Pereira Neto e Ortolani (2002), Sadock e Sadock (2007), demarcaram alguns fenômenos, nomeando-os psicossomáticos. Segundo Ballone et al. (2002), nos *fenômenos psicossomáticos* (ou *psicofisiológicos com alteração orgânica*), há sempre uma correspondência física do quadro (ou queixa) apresentado pela pessoa, existindo, de fato, alteração orgânica, embora esta seja desencadeada, determinada ou agravada por razões emocionais. No *fenômeno psicossomático*, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é

sempre mobilizado. Para melhor elucidar o exposto, apresenta-se um quadro retirado de Ballone et al. (2002, p. 176), no qual apresentaram alguns fenômenos denominados psicossomáticos, ou seja, aqueles em que é possível verificar alterações físicas:

Quadro 1: Quadros psicofisiológicos com e sem alterações orgânicas.

Sistema	Sem alterações físicas	Com alterações físicas
Cardiovascular	Palpitações, dor, opressão no peito, sensação de (falsa) pressão baixa, tontura.	Enfermidade coronariana, hipertensão arterial, arritmia.
Respiratório	Falta de ar, suspiro, tosse emocional, bolo na garganta.	Asma brônquica, síndrome de hiperventilação, rinite alérgica.
Endócrino	Sintomas (falsos) de “hipoglicemia”.	Hiper ou hipotireoidismo, hipo ou hiperfunção das paratireoides, hipo ou hiperfunção suprarrenal, hipoglicemia, diabetes.
Ginecológico	Alterações no ritmo e fluxo menstruais, dor pré-menstrual, cólicas menstruais, vaginismo, dor na relação sexual, dor pélvica feminina.	Displasia mamária, vaginites, herpes genital, endometriose.
Gastrintestinal	Enjoo, má digestão, cólicas abdominais, queimação, boca amarga, “acidez”.	Transtornos esofágicos, dispepsia, úlcera digestiva, síndrome do cólon irritável, retocolite ulcerativa, Doença de Crohn.
Dermatológico	Prurido (coceira) essencial, queimação e formigamentos.	Hiperhidrose, urticária, dermatite Atópica, alopecia, herpes, vitiligo, caspa.
Reumatológico	Dores nas costas, mãos, pernas...	Artrites.
Imunológico		Lúpus, depressão imunológica inespecífica, psoríase.
Otorrino	Zumbido, tonturas, “pigarro”.	Labirintites.
Dor crônica	Dores generalizadas.	Fibromialgia, enxaqueca.

Fonte: Ballone et al. (2002, p. 176).

Corroborando as ideias de Ballone et al. (2002), Sadock e Sadock (2007) apresentaram alguns transtornos psicossomáticos, relacionados na Tabela 1³, a seguir:

³ Embora seja um Quadro, optou-se, nesta pesquisa, por manter a nomenclatura utilizada pelos autores Sadock e Sadock (2007), ou seja, Tabela, visto que se trata de uma citação textual.

Tabela 1: Alguns transtornos psicossomáticos.

Acne	Hiperinsulinismo
Angina pectoris	Hipertensão essencial
Arritmia	Hipertireoidismo
Artrite reumatoide	Hipoglicemia
Asma brônquica	Menstruação dolorosa
Cardioespasmo	Náusea
Cefaleia	Neurodermatite
Cefaleia tensional	Obesidade
Colite espástica	Piloroespasmo
Colite mucosa	Prurido anal
Colite ulcerativa	Reações alérgicas
Colo irritável	Sibilo asmático
Diabete melito	Síndromes de dor crônica
Doença cardíaca coronariana	Taquicardia
Doenças de pele, como psoríase	Tuberculose
Doenças imunológicas	Úlcera duodenal
Dor sacroilíaca	Úlcera gástrica
Edema angioneurótico	Urticária
Enterite regional	Verrugas
Enxaqueca	Vômitos
Herpes	

Fonte: Sadock e Sadock (2007, p. 880).

Como se pode observar, comparando as duas referências, a Tabela 1 considera sintomas, tais como arritmia, náusea, taquicardia e vômitos como transtornos psicossomáticos, mesmo que não haja um correspondente de alteração orgânica, como no Quadro 1.

Esses são apenas alguns exemplos das diversas configurações que podem adquirir os efeitos da gênese psicológica, desencadeando um desequilíbrio do funcionamento global. Considerando as organizações psíquicas (ou estruturas) configuradas como neuróticas, psicóticas e perversas, tem-se a presença de fenômenos psicossomáticos em todas elas (Santos Filho, 2010).

Além dos autores citados, pesquisadores da área médica e psicológica amplamente reconhecidos por seus pares, cabe introduzir outras referências, de cunho psiquiátrico, que também discorrem sobre o tema da doença psicossomática, contudo sob a influência positivista, a qual valoriza sintomas, síndromes e medicamentos. No entanto, tais referências devem ser aqui acrescentadas pelo caráter interdisciplinar presente no campo da saúde e da saúde mental.

Como referências atuais reconhecidas e aceitas internacionalmente no diagnóstico e na avaliação de transtornos mentais e de comportamento, tem-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Tais referências atentam para os transtornos psicossomáticos, de somatização e

conversivos. No entanto, não consideram os transtornos psicossomáticos como entidade clínica isolada, mas associa-os aos diversos quadros descritos nesses manuais. A CID 10 (OMS⁴, 1993) justifica o não uso dos termos “psicogênico” e “psicossomático” como categorias diagnósticas, mas reconhece as evidências de ocorrência dos mesmos e a importância de sua inclusão para uma avaliação completa do paciente:

O termo “psicogênico” não tem sido usado nos títulos das categorias, em vista de seus diferentes significados em diferentes línguas e tradições psiquiátricas. Ele ainda é encontrado ocasionalmente no texto e deve ser tomado como indicando o que o clínico considera eventos de vida ou dificuldades óbvios (sic) como tendo um papel importante na gênese do transtorno.

“Psicossomático” não é usado por razões similares e porque o uso deste termo poderia ser tomado para implicar que fatores psicológicos não exercem um papel na ocorrência, curso e evolução de outras doenças, as quais não são assim chamadas. Transtornos chamados de psicossomáticos em outras classificações podem ser encontrados em F45 – (transtornos somatoformes), F50 – (transtornos alimentares), F52 – (disfunção sexual) e F54 – (fatores psicológicos ou de comportamento associados a transtornos ou doença classificados em outros blocos). É particularmente importante notar a categoria F54 (...) e lembrar de usá-la para especificar a associação de transtornos físicos, codificados em outros blocos na CID 10, à causação emocional (OMS, 1993, p. 5).

Distintos como categoria diagnóstica, os Transtornos Somatoformes são classificados pelo DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003) e subdivididos em transtorno de somatização, transtorno somatoforme indifrenciado, transtorno conversivo, transtorno doloroso, hipocondria, transtorno dismórfico corporal, transtorno somatoforme sem outra especificação. Descrevem-se os transtornos somatoformes como:

A característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí, o termo *somatoforme*), porém, não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. Em comparação com os Transtornos Factícios e a Simulação, os sintomas físicos não são intencionais (i. é, não estão sob controle voluntário). Os Transtornos Somatoformes diferem dos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Clínica, na medida

⁴ Organização Mundial de Saúde.

em que não existe uma condição médica geral diagnosticável que explique plenamente os sintomas físicos (American Psychiatric Association, 2003, p. 469).

Os Transtornos Somatoformes são caracterizados pela presença tanto de fatores psicológicos quanto de sintomas físicos, mas não existe uma condição médica geral que possa explicar completamente os sintomas físicos (American Psychiatric Association, 2003, p. 685).

Em termos gerais, as seguintes características são atribuídas a cada subtipo do transtorno somatoforme:

O Transtorno de Somatização (historicamente chamado de histeria ou síndrome de Briquet) é um transtorno polissintomático que inicia antes dos 30 anos, estende-se por um período de anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos.

O transtorno Somatoforme Indiferenciado caracteriza-se por queixas físicas inexplicáveis, com duração mínima de 6 meses, abaixo do limiar para um diagnóstico de Transtorno de Somatização.

O Transtorno Conversivo envolve sintomas ou déficits inexplicáveis que afetam a função motora ou sensorial voluntária, sugerindo uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Presume-se uma associação de fatores psicológicos com os sintomas e déficits.

O Transtorno Doloroso caracteriza-se por dor como foco predominante de atenção clínica. Além disso, presume-se que fatores psicológicos tenham um importante papel em seu início, gravidade, exacerbação ou manutenção.

A Hipocondria é a preocupação com o medo ou a ideia de ter uma doença grave, com base em uma interpretação errônea de sintomas ou funções corporais.

O Transtorno Dismórfico Corporal é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física.

O Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas somatoformes que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos Somatoformes (American Psychiatric Association, 2003, p. 469).

Como se pode perceber, as descrições da CID 10 (OMS, 1993) e do DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) não contemplam os transtornos psicossomáticos, conforme o Quadro 1 e a Tabela 1, pois estes estão englobados aos transtornos somatoformes e orienta-se inferir a presença dos mesmos em outros quadros patológicos. Os fenômenos psicossomáticos, conforme caracterizados anteriormente, extrapolam a configuração dos transtornos somatoformes, pressupondo sempre, segundo Ballone et al. (2002), uma alteração orgânica, sendo, portanto uma condição médica geral (eixo III do DSM IV, conforme será

visto adiante). Já Sadock e Sadock (2007), na Tabela 1, enumeram a grande variedade de condições que foram estudadas por terem implicações psicossomáticas. Nemiah (2000) criticou o atual posicionamento do DSM IV (cuja primeira publicação data de 1994), contestando o fato de que a importância dos fatores psicológicos na etiologia e produção de doenças foi relegada ao segundo plano, como elementos meramente auxiliares, complicando o curso de uma doença somática, patofisiologicamente determinada. Segundo o autor, ao restringir os fatores psicológicos à categoria “fatores psicológicos afetando condições médicas” e aderindo-se às linhas biológicas e fenomenológicas, as categorias diagnósticas do DSM IV e CID 10 resultam insuficientes e desconsideram toda a construção da pesquisa psicossomática.

Na presente pesquisa, consideram-se as doenças psicossomáticas conforme descritas por Ballone et al. (2002) e Sadock e Sadock (2007), em detrimento da forma como são apresentadas nos manuais psiquiátricos.

Ballone et al. (2002) salientaram que, em pouco tempo, a pesquisa psicossomática não se restringirá a determinado grupo de enfermidades, mas integrará “à globalidade das alterações orgânicas que são precipitadas, agravadas, beneficiadas ou aliviadas por fatores psicológicos” (p. 117), o que pode ser verificado na atual tendência psicossomática, ao enfatizar os aspectos biopsicossociais interligando a complexidade do adoecer.

Tal previsão mostra-se pertinente na medida em que, na primeira década do século XXI, as pesquisas sobre o estresse ganham relevância nos meios acadêmicos. Vincula-se o estresse emocional ao desencadeamento das mais diversas patologias, físicas ou psíquicas, cujo mecanismo de ação no organismo humano e animal comprovam a estreita relação soma e psiquê.

Como já enfatizado anteriormente, na presente pesquisa, pretendeu-se averiguar a presença de doença psicossomática em pacientes psicóticos e buscar determinar a sua ligação com o estado emocional dos pacientes na época da eclosão ou do recrudescimento dos sintomas. Para isso, propõe-se uma abordagem nova, à qual busca possibilitar uma interlocução com a psicanálise freudiana e com as teorias fisiopatológicas sobre o estresse.

Segundo Rodrigues (2008), a teoria da *Angst*, conforme Freud a compreendia, isto é, como uma manifestação evidente do afeto do medo, seria a responsável pelo desencadeamento do processo defensivo. Assim, seja na forma de “ataques de medo” ou de “pânico”, seja na forma do que Freud denominava “expectativa medrosa”, isto é, um sentimento persistente de medo, o resultado seria o acionamento das defesas psíquicas. Ambos esses estados seriam decorrentes de uma ameaça interna e inconsciente. Conforme foi

bastante salientado pelos pesquisadores do estresse, entre os estressores emocionais, o afeto do medo é importante estressor emocional, isto é, o afeto do medo, seja de que origem for, é o responsável pelo desencadeamento e pela manutenção da resposta fisiológica conhecida como estresse.

4 ESTRESSE

“Estamos, assim, num estado de estresse permanente. Este é o fundo presente nas narrativas sobre mal estar. Em última instância, o estresse é designado como o maior mal-estar permanente na contemporaneidade, que pode manifestar-se de infinitas maneiras. Das dores difusas a tonteiras, passando pela elevação da pressão arterial e da aceleração cardíaca, tudo é passível de lhe ser atribuído.”
Joel Birman

Uma vez que os quadros clínicos psicossomáticos considerados por esta pesquisa têm como etiologia comum o alarme fisiológico decorrente do processo de estresse, empreende-se aqui o estudo dessas alterações fisiológicas.

Hans Selye (1965, 1998), nas décadas de 1930 a 1940, inquietou-se com a percepção de que havia sintomas comuns às diversas doenças, que se sobrepunham ao sintoma específico daquela doença em questão. Percebeu a existência de uma “síndrome de estar apenas doente” e iniciou pesquisas com animais de laboratório, inoculando neles as mais diversas substâncias e verificando as reações do animal, tanto em vida como dissecado. E descobriu, passo a passo, que diferentes agentes (frio, calor, dor, fome, inoculação de drogas e hormônios, contenção forçada, entre outros fatores) provocavam uma reação em cadeia no organismo, afetando vários sistemas. Tais agentes foram denominados de estressores (agente do estresse: aquele que produz estresse) e Selye (1965) verificou, experimentalmente, que o ser vivo responde, de forma uniforme e específica, aos diversos agentes estressores aos quais é submetido, apresentando, fisiologicamente, sintomas gerais, fruto das mais diversas condições. Assim, tudo aquilo que ameaça a integridade orgânica requer respostas adaptativas do organismo. Esse processo de reação adaptativa foi descrito por Selye, em 1936, como Síndrome Geral de Adaptação (SAG) e representa “a expressão corporal de uma mobilização total das forças de defesa” (Selye, 1965, p. 35). O SAG (Selye, 1965, 1998; Mello Filho, 2002; Lipp, 2005) ocorre em três fases sucessivas:

a) Reação de Alarma (RA): é a primeira defesa contra a agressão ao organismo, e a reação pode ser “avançar e atacar o adversário” ou “retirar-se”, colocando-se fora de seu alcance (luta ou fuga); ocorre descarga adrenérgica, surgindo taquicardia, diminuição do tônus muscular e da temperatura, hemoconcentração, oligúria, hiperglicemia, leucopenia e, após, leucocitose.

b) Fase de Resistência (FR): estágio de adaptação ou resistência, com respostas antagônicas à primeira fase: modificam-se as reações humorais e neurovegetativas devido à hiperatividade do córtex suprarrenal. A dissecação de animais, realizada por Selye, revelou

hipertrofia córtico-suprarrenal, atrofia do tecido timo-linfático e formação de úlceras gástricas e duodenais. Há sensação de desgaste e cansaço, além da queda da resistência, caso o sujeito não consiga vencer o estressor.

c) Fase de Exaustão ou esgotamento: o organismo exaure as reservas de energia adaptativa e apresenta sintomas semelhantes à fase de alarme, como consequência da falha dos mecanismos adaptativos a estímulos constantes e excessivos, causando, eventualmente, a morte.

Segundo Selye (1965), “registra-se *stress* em qualquer momento, durante essas três fases, embora as manifestações sejam diversas à medida que o tempo decorre. Além disso, não é necessário que as três fases se desenvolvam para que possamos registrar a SAG. Somente o mais grave *stress* leva, eventualmente, à fase de exaustão e morte” (p. 75).

Após fazer uma definição negativa do estresse, ou seja, daquilo que ele não é, Selye (1965) optou por uma definição operacional: “Stress é o estado manifestado por um síndrome específico, constituído por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico” (p. 64). Adverte que o estresse não possui somente conotação negativa, sendo condição da vida humana, podendo ocorrer tanto em situações que causam prazer, quanto desprazer, mas sempre forçando o organismo a um processo adaptativo, na medida em que desencadeia reações orgânicas para tal.

Lipp (2005) define estresse “como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer face a algo que ameaça sua homeostase interna” (p. 18). Essa reação surge tanto em situações negativas (algo que irrite, amedronte, excite ou confunda, cause desconforto físico), ou positivas (algo que faça feliz). Propõe o modelo quadrifásico do estresse, acrescentando a *fase de quase-exaustão* entre a fase de resistência e a de exaustão. Nessa fase, as defesas do organismo oscilam, não conseguindo resistir à tensão e restituir a homeostase. Alternam-se momentos de bem-estar e tranquilidade com momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, propiciando o aparecimento de doenças que denunciam o abalo na resistência.

O estresse pode ocorrer em razão de diversos estímulos, sejam eles de origem física, química ou psíquica, provenientes do ambiente interno ou externo do indivíduo, incitando-o a buscar mecanismos de adaptação para o equilíbrio do organismo. O estresse de origem psíquica, conhecido como estresse emocional, possui várias etiologias, tornando-se evidente pela necessidade de a pessoa enfrentar fatores externos ao organismo, capazes de criar tensões patológicas, ou como reação às próprias condições internas, provocando estados tensionais significativos.

Como já visto anteriormente, o medo pode ser desencadeado por um agente externo real (um animal, por exemplo) ou pode ser vivenciado internamente de várias formas, algumas decorrentes de ameaças inconscientes, tornando-se um fator interno de estresse; outros afetos e emoções também podem ser estressores internos, tais como raiva, tristeza, luto, culpa, solidão, dor.

Em especial, considerados como importantes fatores provocadores de estresse, estão os eventos da vida. Situações favoráveis ou desfavoráveis de vida, muitas vezes ocasionais, desafiam o indivíduo a responder objetiva e subjetivamente, seja diante de uma situação corriqueira familiar, seja diante da morte de um ente querido. Na literatura, eventos de vida também têm sido nomeados *life-events*, acontecimentos vitais, eventos estressores ou eventos de vida negativos (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Sadock & Sadock, 2007).

Paralelamente, pode-se considerar o evento traumático, advindo de um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração), de natureza ameaçadora à integridade física, causando angústia e temores invasivos em quase todas as pessoas, tais como desastres naturais ou provocados pelo homem, atentados, combate, acidente sério, tortura, estupro, entre outros. Um evento de vida traumático pode desencadear uma resposta tardia, favorecendo um quadro psicopatológico denominado *transtorno de estresse pós-traumático*. A sintomatologia inclui episódios de repetidas revivências do trauma, sob a forma de memórias intrusas (*flashbacks*) ou sonhos, aliados à sensação de entorpecimento e embotamento emocional, afastamento de outras pessoas, falta de responsividade ao ambiente, anedonia e evitação das atividades e situações recordativas do trauma. Presentificam-se sentimentos de medo e atitudes defensivas, evitando indicativos que relembrem o trauma original. Usualmente, ocorre estado de hiperexcitação autonômica com hipervigilância, reação de choque aumentada, insônia, ansiedade e depressão associadas ao quadro, bem como ideação suicida. As consequências psíquicas do evento traumático podem ser crônicas, permanecendo por longos anos, podendo ocasionar uma alteração permanente de personalidade (Margis et al., 2003; OMS, 1993). Desde longa data, Freud já havia atentado para a ação do trauma, definindo-o como: “Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza” (Breuer & Freud, 1995 [1893-1895], p. 41, v. 2).

Situações de tensão crônica geram estresse intenso e persistente, como ocorre diante de doenças crônicas ou situações de vida aviltantes, favorecendo um mecanismo de retroalimentação. Nas doenças crônicas e persistentes, nas quais os pacientes são submetidos a múltiplos procedimentos, o fator estresse permanece constante. Também as situações de

vida aviltantes, quais sejam ameaças, desvalorização, humilhação, assédio moral, levam à manutenção do estado de estresse.

Sadock e Sadock (2007) ressaltaram a combinação, senão fatal, no mínimo degenerativa, entre estresse, ansiedade e doença psicossomática:

O estresse crônico, em geral com a variável interveniente da ansiedade, tem correlatos fisiológicos que, combinados à vulnerabilidade genética ou à debilidade de um órgão, predispõem certas pessoas a transtornos psicossomáticos. O órgão vulnerável pode estar em qualquer parte do corpo. Algumas pessoas reagem pelo estômago, outras pelo sistema cardiovascular, outras ainda pela pele, etc. (p. 880).

O surgimento de “doenças de adaptação” resulta do uso excessivo e inadequado de mecanismos de defesa, muitas vezes, em consequência de estresse prolongado. Como resultado da inadaptação ao estresse, Selye (1965) relacionou: alta pressão arterial, doenças do coração e dos vasos sanguíneos, doenças renais, eclâmpsia, artrite reumática e reumatoide, doenças inflamatórias da pele e dos olhos, infecções, doenças de alergia e hipersensibilidade, doenças nervosas e mentais, perturbações sexuais, doenças digestivas, doenças metabólicas, câncer e doenças de resistência em geral. As patologias são desencadeadas a partir do comando do Sistema Nervoso Central (SNC), que, sob efeito do estresse, aciona os mais diversos e complexos mecanismos e circuitos cerebrais, interferindo no funcionamento de outros sistemas, tais como o sistema endócrino e o imunológico, por estarem em interconexão permanente e serem interdependentes.

4.1 RESPOSTA ORGÂNICA AO ESTRESSE

A resposta orgânica ao estresse, diante de um agente estressor, qual seja uma emoção, provoca reação no SNC, que, por sua vez, ativa inúmeros e intrincados mecanismos. O sistema límbico é considerado o centro das respostas emocionais e estabelece conexões importantes com o sistema neuro-endócrino-imunológico. Essa rede de respostas orgânicas ao estresse será exposta a seguir.

4.1.1 Sistema límbico e emoções

O sistema límbico foi descrito por James Papez em 1937. O circuito de Papez consiste do hipocampo, do fórnice, dos corpos mamilares, do núcleo anterior do tálamo e do giro do cíngulo. Posteriormente, seus limites expandiram-se, englobando a amígdala, o septo, o cérebro basal anterior, o *nucleus accumbens* e o córtex orbitofrontal. Esse esquema responde pelo processamento emocional, embora ainda sejam desconhecidas as ações de cada um dos componentes e mesmo se um dado surto de impulsos neurais atinge toda a via. O hipocampo, localizado na área basal do lobo temporal, é a formação límbica mais bem estudada, funcionando como área de associação, por manter ligações com o córtex, tálamo e hipotálamo e como área funcional, pela multiplicidade de afetos e sensações que para aí são direcionadas, tais como as gustativas, olfativas, viscerais, sexuais, visuais e auditivas (Sadock & Sadock; 2007, Mello Filho, 2002).

A amígdala cerebral, estrutura localizada nas porções anteriores dos lobos temporais, é uma região importante para a compreensão dos processos emocionais. Ela regula o funcionamento do hipotálamo em conexões bidirecionais, integra os estímulos internos e externos, influenciando sobre o comportamento humano em relação ao meio, avalia situações de perigo e aciona os mecanismos de luta ou fuga (Sadock & Sadock, 2007, Mello Filho, 2002; Pinheiro, 1992).

Segundo Guyton e Hall (2006), a amígdala recebe sinais neuronais de todas as regiões do córtex límbico e, especialmente, das áreas associativas visuais e auditivas. Em sentido oposto, também transmite sinais de volta para essas mesmas áreas corticais, para o hipocampo, para o septo, para o tálamo, e, sobretudo, para o hipotálamo. Por fazer inúmeras conexões, a amígdala é considerada “a janela” por meio da qual o sistema límbico vê o lugar da pessoa no mundo.

A estimulação da amígdala, tendo por mediador o hipotálamo, causa os seguintes efeitos no organismo: a) aumento ou diminuição da pressão arterial; b) aumento ou diminuição da frequência cardíaca; c) aumento ou diminuição da motilidade e da secreção gastrintestinal; d) defecação e micção; e) dilatação pupilar, raramente constrição; f) piloereção e g) secreção de diversos hormônios da hipófise anterior, em especial, de gonadotropinas e corticotropina (Guyton & Hall, 2006).

Outros efeitos, também mediados pelo hipotálamo na estimulação da amígdala, podem produzir diversos tipos de movimentos involuntários. Esses movimentos incluem movimentos

tônicos, tais como de elevação da cabeça ou curvatura do corpo; movimentos em círculo; ocasionalmente, movimentos clônicos rítmicos; e diferentes tipos de movimentos associados à olfação e à ingestão de alimento, como os de lambar, mastigar e engolir (Guyton & Hall, 2006).

A excitação de outras regiões amigdalianas pode produzir atividades sexuais que incluem ereção, movimentos copulatórios, ejaculação, ovulação, atividade uterina e parto prematuro (Guyton & Hall, 2006).

Notadamente, a estimulação de determinados núcleos amigdalianos pode provocar padrões de raiva, de fuga, de punição ou de medo, semelhante ao produzido pela estimulação hipotalâmica. E a estimulação de outros núcleos pode provocar reações de recompensa e de prazer (Guyton & Hall, 2006).

Sadock e Sadock (2007) também relacionaram a amígdala com as vivências emocionais:

A informação dos sentidos primários é entretecida com os instintos internos, como a fome e a sede, para dar significado emocional às experiências sensoriais. Esta estrutura [a amígdala] pode intermediar respostas de medo aprendido, como na ansiedade e no pânico, e pode direcionar a expressão de certas emoções, ao produzir um afeto particular (p. 103).

A amígdala, bem como outras estruturas do Sistema Nervoso Central, ao se relacionar com as emoções estabelece profundas e intrincadas conexões no desempenho de suas funções, como demonstraram Sadock e Sadock (2007):

Dados neuroanatômicos sugerem que a amígdala exerce uma influência poderosa sobre o córtex, ao estimular ou suprimir a atividade cortical, maior do que a que o córtex exerce sobre ela. Vias das estações retransmissoras do tálamo enviam separadamente dados sensoriais para a amígdala e para o córtex, mas o efeito subsequente da amígdala sobre o córtex é a mais potente das duas conexões recíprocas. Em contraste, tem sido relatado que lesões da amígdala fazem a ablação da capacidade de se distinguir medo de raiva nas vozes e nas expressões faciais de outros indivíduos. Pessoas com tais lesões podem ter preservada a capacidade de reconhecer felicidade, tristeza ou desgosto (p. 103).

Considerando que as emoções se derivam de instintos e necessidades básicas, tais como alimentação, sexo, reprodução, prazer, dor, medo e agressão, compartilhadas por todos os seres humanos e também pelos animais, Sadock e Sadock (2007) afirmaram que:

As bases neuroanatômicas desses instintos parecem estar centradas no sistema límbico. Emoções distintivamente humanas, como a afeição, o orgulho, a culpa, a piedade, a inveja, e o ressentimento, são amplamente apreendidas e com mais probabilidade representadas no córtex. A regulação dos instintos parece necessitar do córtex frontal intacto. A inter-relação complexa entre as emoções, contudo, está muito além da compreensão dos neuroanatomistas funcionais (p. 102).

Particularmente evocada nas situações de medo, a amígdala centraliza, recebe e distribui os estímulos que provocarão as reações de defesa frente a essa emoção. Portanto, pensamentos e sentimentos, entre eles o medo, são capazes de desencadear diversos processos, conforme afirmou Pinheiro (1992):

Assim, aquilo que a (sic) nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria... no corpo, correlatamente, se expressa: (i) por modificações do tônus muscular liso através de espasmos ou relaxamento dos músculos; (ii) no sistema glandular, através do aumento ou diminuição na secreção de hormônios; e (iii) no sistema circulatório através do aumento ou diminuição da irrigação sanguínea. Isto ocorre mediado e regulado pelo sistema límbico. E assim tem-se medo, raiva, dor, tristeza, alegria... e correlatamente, diarreia, prisão de ventre, dispineia (“respiração pesada”), taquicardia, empachamento, náuseas, azia e muitos outros sintomas (p. 63).

Guyton e Hall (2006) ressaltaram que a amígdala aparenta ser a área de conhecimento comportamental atuando no estado semiconsciente, projetando para o sistema límbico o estado atual do indivíduo, tanto relacionado a seu ambiente quanto a seus pensamentos, e ajudando a organizar a resposta comportamental mais adequada a cada situação.

Portanto, “o sistema límbico parece sediar as áreas de associação emocional, que dirigem o hipotálamo para expressar os componentes motores e endócrinos do estado emocional” (Sadock & Sadock, 2007, p. 103), relacionando-se também com o sistema imunológico. Destacar-se-á, neste estudo, a via de ligação entre os sistemas neurológico,

endocrinológico e imunológico, por estar também envolvida diretamente no circuito das emoções.

4.1.2 Sistema neuro-endócrino-imunológico

As funções de coordenação e regulação nos animais são exercidas pelos sistemas nervoso (ou neural) e endócrino (ou hormonal). As atividades do sistema nervoso estão intimamente integradas com as atividades endócrinas e imunológicas, podendo-se afirmar que as funções do corpo estão sob controle neuro-hormonal (neuroendócrino) e neuroimunológico. Esses sistemas comunicam-se por meio de várias rotas hormonais e neuronais, e cada uma dessas tem como ponto final mecanismos bioquímicos e moleculares distintos. Os sistemas neuroendócrino e neuroimunológico estão em fina sintonia, mantendo a saúde do indivíduo. Alterações nesses sistemas e nas diversas conexões contribuem para o desenvolvimento de doenças graves. Atualmente, prevalece a ideia de que o excesso de estresse, em intensidade ou duração do agente estressor, pode produzir alterações em qualquer nível do eixo neuro-endócrino-imune (Ballone et al., 2002; Teixeira, 2005; Lopes, 2006).

Teixeira (2005) destacou o SNC como a estação de saída, em resposta ao estresse psicológico ou físico (infecções), por meio do eixo *hipotálamo-hipófise-adrenal* (HHA), também denominado *hipotálamo-pituitária-adrenal* (HPA). A estação de chegada é o sistema imunológico.

O hipotálamo é uma estrutura do SNC responsável pela regulação de funções básicas que mantêm vivo o organismo: controla a temperatura corporal, o balanço hídrico, o apetite e interfere nas atividades dos órgãos viscerais. Por meio de ações sobre o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) – simpático e parassimpático – e sistema endócrino, o hipotálamo induz respostas orgânicas a mudanças no ambiente externo ou interno, permitindo que o organismo restabeleça a homeostasia. O hipotálamo é responsável pela ativação do SNC, que responde por meio de alterações fisiológicas como aumento da frequência cardíaca, aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, aumento da glicemia, aumento do metabolismo celular e da atividade mental, preparando o organismo para um melhor desempenho físico e mental. O hipotálamo também controla várias glândulas endócrinas, ativando um eixo neuroendócrino muito importante na reação ao estresse (Almeida, 2005; Teixeira, 2005; Lopes & Mendonça 2006). O hipotálamo e a hipófise estão estreitamente relacionados, tanto em sua estrutura

quanto em sua função, a conexões neurais e vasculares (Mello Filho, 2002). O hipotálamo forma o lobo posterior da hipófise (ou glândula pituitária). A hipófise está inserida na base do crânio e tem o tamanho aproximado de uma ervilha, fazendo parte do sistema endócrino. Embora pequena, a hipófise influencia no processo de crescimento e funcionamento corporal. Possui dois lobos bem desenvolvidos: o anterior ou adenoipófise (derivado do teto da cavidade bucal) e o posterior ou neuroipófise (derivado do assoalho do hipotálamo) e um lobo intermediário (Lopes & Mendonça, 2006).

A adenoipófise produz hormônios controlados pelos chamados hormônios de liberação, que são produzidos por hormônios do hipotálamo e podem atuar inibindo ou estimulando a produção de hormônios da adenoipófise. Entre os hormônios da adenoipófise, quatro são trópicos (atuam sobre outras glândulas endócrinas):

- a) Tireoideotrópico (TSH): atua sobre a glândula tireoide, estimulando seu funcionamento;
- b) Adrenocorticotrópico (ACTH): atua sobre o córtex da glândula adrenal (ou suprarrenal), estimulando a atividade secretora;
- c) Gonadotrópicos: atuam sobre as gônadas masculinas e femininas. São o folículo estimulante (FSH), que estimula o desenvolvimento dos folículos ovarianos nas mulheres e o amadurecimento dos espermatozóides no homem, e o luteinizante (LH), que estimula a produção de testosterona nos testículos, e, na mulher, induz a ovulação, a formação de corpos lúteos e estimula a produção de estrógeno e progesterona (Lopes & Mendonça, 2006).

Os outros dois hormônios são o hormônio do crescimento ou somatotropina - determinante do nanismo ou gigantismo e acromegalia na fase adulta - e a prolactina - que estimula a secreção do leite (Lopes & Mendonça, 2006).

A neuroipófise acumula e libera dois hormônios produzidos no hipotálamo: a oxitocina, que atua acelerando as contrações uterinas no momento do parto, e a vasopressina ou hormônio antidiurético (ADH), que aumenta a permeabilidade das células renais à água, aumentando sua absorção e produzindo urina mais concentrada (Lopes & Mendonça, 2006). Por meio da vasopressina, o hipotálamo-hipófise regula funções vitais como a sede, a diurese e o metabolismo da água (Mello Filho, 2002).

As glândulas suprarrenais (ou adrenais) localizam-se sobre a extremidade apical dos rins e são formadas por duas regiões distintas: a periférica ou cortical e a central ou medular. A medula da suprarrenal tem sua função controlada pelo sistema simpático. Na região

cortical, são produzidos hormônios esteroides derivados do colesterol: os corticosteroides, hormônios funcionalmente classificados em glicocorticoides, mineralocorticoides e hormônios sexuais (Lopes & Mendonça, 2006).

Os glicocorticoides regulam o nível de glicose no sangue e atuam como anti-inflamatórios. Os principais são a cortisona e a corticosterona (Selye, 1965; Lopes & Mendonça, 2006).

Entre os mineralocorticoides, a aldosterona é o principal. Ele estimula o rim a reabsorver o sódio e água da urina, aumentando a pressão sanguínea e o volume de sangue. O nível adequado de aldosterona no sangue é mantido por um mecanismo complexo. Sob forte estresse, a pressão sanguínea se eleva devido ao aumento na produção desse hormônio. (Lopes & Mendonça, 2006).

Os hormônios sexuais produzidos no córtex da adrenal são, principalmente, andrógenos (hormônios sexuais masculinos), semelhantes à testosterona produzida nos testículos. Quando produzido excessivamente em mulheres, surgem características secundárias masculinas, como pelos e barba. Também ocorre pequena produção de estrógeno e progesterona no córtex da adrenal (Lopes & Mendonça, 2006).

Na região medular das suprarrenais, são produzidos os hormônios adrenalina (ou epinefrina) e noradrenalina (ou norepinefrina), que disparam ações de vasoconstrição periférica, taquicardia e dilatação dos brônquios pulmonares, aumentando a taxa de trocas gasosas. A adrenalina também desencadeia aumento da taxa metabólica basal e produz efeitos diretos: aumenta a taxa de glicose no fígado e nos músculos esqueléticos, e aumenta liberação de glicose no sangue pelas células do fígado. A adrenalina coloca o organismo em estado de alerta e diminui a atividade digestiva e do rim. Para produzir a energia necessária ao estado de alerta, estimula a liberação de lipídios das células adiposas para que sejam metabolizados por outras células (Lopes & Mendonça, 2006).

Além das já citadas funções desempenhadas pelo hipotálamo, ele também secreta substâncias conhecidas por neuro-hormônios, que são a dopamina, a noropinefrina e o fator liberador da corticotrofina (CRF).

Em resumo, apresenta-se a ação do eixo HHA, diante de um estressor: o hipotálamo é a parte do cérebro diretamente relacionada à gama de respostas orgânicas aos fatores de estresse. Ao produzir o fator liberador da corticotrofina (CFH), o hipotálamo estimula a hipófise a aumentar a produção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), o qual, em sequência, promove o aumento na liberação dos corticoides e das catecolaminas (hormônios) pelas glândulas suprarrenais. As ações dos hormônios das suprarrenais exercem papel

fundamental na resposta fisiológica ao estresse, pois, a partir do aumento na produção desses hormônios, percebe-se a resposta do organismo ao estresse.

Assim, os níveis aumentados dos corticoides influenciam o sistema imunológico, inibindo, principalmente, a resposta e a função dos linfócitos (células T – glóbulos brancos ou leucócitos). Os glóbulos brancos e o sistema linfático eliminam os agentes danosos que circulam no sangue. Caso esteja funcionando em condições normais, o sistema imunológico é ativado pela presença de agentes infecciosos, tais como vírus, bactérias, fungos e parasitas, e, de forma benéfica, reage na presença de toxinas e de células defeituosas, atacando-as com as células exterminadoras naturais (Natural Killers – NK), mantendo intactas as células saudáveis (Ballone et al., 2002; Teixeira, 2005).

Linfocinas e monocinas são substâncias produzidas pelos linfócitos com capacidade de ampliar reações imunológicas, podendo influenciar outras glândulas na liberação de hormônios. Dessa forma, o próprio sistema imunológico pode voltar a estimular a hipófise na liberação de mais ACTH. Os diversos hormônios da suprarrenal – ACTH, vasopressina, prolactina, somatotrófico, TSH – também atuam sobre o sistema imunológico através de receptores específicos que existem nas membranas das células linfoides; também os linfócitos podem produzi-los em menor quantidade (Ballone et al., 2002).

Observa-se, portanto, a existência de uma relação de mão dupla, bidirecional, entre o SNC e o sistema imunológico, com funções mutuamente estimuladoras e inibitórias. Por meio dessa relação, o SNC, junto ao sistema neuroendócrino, regula o sistema imunológico nos níveis sistêmico, celular e molecular (Teixeira, 2005).

Segundo Teixeira (2005), a regulação do SNC sobre o imunológico acontece, principalmente, pela resposta hormonal da liberação de glicocorticoides pelo córtex das glândulas adrenais e da noradrenalina pelo sistema nervoso autônomo. Os glicocorticoides endógenos (cortisol, também denominado cortisona ou hidrocortisona) são os principais reguladores fisiológicos da resposta imunológica/inflamatória. O cortisol, produzido nas glândulas adrenais em resposta ao estresse, desempenha papel crucial na origem e manutenção de patologias.

4.1.3 O cortisol e o estresse

O eixo HHA, em situações normais, produz glicocorticoides em ritmo circadiano, ou seja, em ciclos de 24 horas, com variação em níveis séricos, sendo as mais altas concentrações no período entre 6 e 8 horas da manhã. Essa produção controla ritmos do organismo, induz o despertar e atua na atividade imunológica. Os glicocorticoides têm múltiplos efeitos sobre o corpo, mas suas ações imediatas atuam como produção do uso de energia, aumento da atividade cardiovascular (no comando da resposta luta ou fuga) e inibição das funções como crescimento, reprodução e imunidade. O ritmo de liberação de glicocorticoides pode ser alterado em situações de estresse, concentrando-o em altos níveis, revelando uma falha na conexão entre os sistemas neuroendócrino e o imunológico, propiciando a eclosão de doenças imunológicas (Sadock & Sadock, 2007; Teixeira, 2005).

O hiperfuncionamento do eixo HHA (como ocorre na fase de resistência ao estresse) produz, como consequência, uma superprodução de glicocorticoides, havendo uma alteração no sistema imunológico, mas não obrigatoriamente a supressão do mesmo. Contudo, aumenta-se, potencialmente, o risco de contrair ou exacerbar doenças infecciosas, tais como infecções virais, atraso na cicatrização de ferimentos e queda marcante na produção de anticorpos.

O desequilíbrio do eixo HHA por hipofuncionamento (como na fase de exaustão do estresse ou estresse psicológico crônico) acarreta aumento patológico, em intensidade e duração da resposta inflamatória, podendo levar ao desenvolvimento de doenças inflamatórias e autoimunes. Entre as doenças inflamatórias, podem ser identificadas a colite ulcerativa, a asma alérgica, a dermatite atópica, a fibromialgia, a síndrome de fadiga crônica e o mal de Crohn; entre as doenças autoimunes, destacam-se a tireoidite autoimune, o lúpus eritematoso, a esclerose múltipla e a artrite reumatoide (Teixeira, 2005).

Outras alterações patológicas do eixo HHA podem ser relacionadas aos transtornos psiquiátricos, conforme descreveram Sadock e Sadock (2007):

Alterações patológicas da função hipotalâmica-hipofisária-adrenal têm se associado principalmente a transtornos do humor, transtorno de estresse pós-traumático e demência do tipo Alzheimer, embora evidência recente indique um papel deste sistema também nos transtornos por uso de drogas; transtornos do humor são encontrados em mais de 50% dos pacientes com síndrome de Cushing (caracterizada por concentrações elevadas de cortisol),

com psicose e pensamentos suicidas aparentes em mais de 10% dos casos estudados. Comprometimentos cognitivos similares aos observados no transtorno depressivo maior (principalmente na memória visual e nas funções corticais superiores) são comuns e se relacionam à gravidade da hipercortisolemia e à possível redução de tamanho do hipocampo. Em geral, a redução dos níveis de cortisol normaliza o humor e o estado mental (p. 152).

Portanto, na presença de um desequilíbrio do eixo HHA, seja por hipo ou hiperfuncionamento, detecta-se, inclusive, segundo os autores, características de desequilíbrio psíquico, em diversos graus. Isto demonstra que o psiquismo pode ser afetado pela via orgânica, por meio da ação do cortisol. Outra via possível é pensar o psiquismo e suas emoções, em especial o medo, como atores principais para o desencadear do estresse e, conseqüentemente ativar o circuito orgânico da ação dos glicocorticoides e do cortisol. Na via do psíquico para o orgânico, detecta-se, da mesma forma, a desarticulação sistêmica do organismo e a propensão às doenças psicossomáticas.

Assim, considera-se que, em portadores de transtorno mental psicótico, também podem ocorrer alterações desencadeadas por um processo de estresse, pois esses indivíduos, além de mobilizados por um comprometimento psíquico em suas vidas, muitas vezes, de forma crônica, lidam também com processos subjetivos, capazes de provocar estresse e uma gama de respostas fisiológicas correspondentes, até mesmo quando são mobilizados pelo medo.

4.2 RESPOSTA ORGÂNICA AO MEDO

Entende-se o medo como uma emoção, um afeto, um sentimento ou um sinal de alerta que prepara o organismo para uma ação, tal qual a de luta ou fuga. Este também pode ser agente estressor, capaz de desencadear, de modo agudo ou crônico, uma série de reações orgânicas em função da proteção do organismo.

Rodrigues (2008), com base no circuito estabelecido por LeDoux (1996), resume a resposta orgânica ao medo da seguinte forma:

Em primeiro lugar, o estímulo atinge o tálamo visual, por exemplo. Os neurônios dessa região enviam a informação tanto para a amígdala quanto para o córtex visual. A amígdala aciona instantaneamente o hipotálamo e o tronco encefálico, então, uma resposta endocrinológica e outra comportamental são eliciadas. Assim, o organismo está em estado de alerta máximo. Se a informação for comprovada pelo córtex visual, a amígdala mantém a resposta de alerta pela ação do Sistema Nervoso Simpático, secretando adrenalina da medula da suprarrenal, na corrente sanguínea. O hipotálamo, por sua vez, pela produção de hormônio liberador de corticotrofina (CRH) estimula a hipófise a secretar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que leva as adrenais a liberarem os glicocorticoides na corrente sanguínea. Se a informação não for confirmada pelo córtex visual, o hipocampo e o córtex pré-frontal, todo o esquema de alerta é suspenso e o re-equilíbrio é restabelecido (p. 161).

Contudo, se o sistema de alerta não for suspenso, mantendo-se o estressor em questão, o medo, de origem externa ou interna, consciente ou inconsciente, ligado a um fato concreto ou à realidade psíquica, torna-se esse um agente estressor crônico, afetando o organismo gravemente, com grandes possibilidades de provocar doenças potencialmente destrutivas, tais como as psicossomáticas. Propõe-se, neste estudo, que os mesmos mecanismos fisiológicos desencadeados por estímulos externos ocorram também diante dos estímulos internos, ou seja, os mecanismos fisiológicos do estresse podem ser acionados pelo afeto de medo.

5 PSICOSE: REJEIÇÃO, FORACLUSÃO, SÍNDROMES

“Parece que as pessoas têm luzinhas na cabeça. Funcionam umas 30... Na minha, só 2 estão acessas... Agora parece que minha cabeça está abrindo. Acho que desde pequeno entrou um espírito mau dentro de mim, que me fez ficar dividido. As pessoas querem que ele me derrube... Agora parece que ele vai me deixar, mas tenho medo de não saber como agir se ele sair.”
US18

Este trabalho pretende verificar a manifestação de doenças psicossomáticas causadas por estressores emocionais em pacientes psicóticos. Assim sendo, torna-se necessário rever algumas considerações freudianas e lacanianas acerca da psicose, bem como a classificação dos quadros psicóticos proposta pela CID 10 (OMS, 1993) e pelo DSM IV (American Psychiatric Association, 2003), levando-se em consideração que esta pesquisa desenvolve-se em campo multidisciplinar.

5.1 NA VIA DA PSICOSE: CONSIDERAÇÕES FREUDIANAS E LACANIANAS

Resgatar toda a construção freudiana e, posteriormente, a lacianiana sobre o tema da psicose seria, por si só, um amplo trabalho de pesquisa, inclusive já realizado por autores psicanalistas, como Laurent (1995), Quinet (1997), Simanke (2009), entre outros tantos que poderiam ser citados. Retomar-se-á parte do percurso teórico para a compreensão da psicose do ponto de vista psicanalítico, conforme já desenvolvido por Saar (2005).

No que concerne a Freud, embora construções relevantes sobre o estabelecimento do conceito *psicose* na obra tenham sido feitas antes da descrição da segunda tópica do funcionamento psíquico, como, por exemplo, a primeira tópica, o conceito de recalque, o conceito de narcisismo, a teoria da libido, abordar-se-ão as considerações freudianas a partir da segunda tópica, que ora modifica, ora acrescenta, mas é considerada a última versão do autor sobre o tema.

Baseando-se na nova estrutura da mente proposta em “O ego e o id” (1923), Freud (1976 [1924-1923]) aponta, no artigo de 1924, “Neurose e psicose”, a “diferença genética” entre uma neurose e uma psicose: “a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (Freud, 1976 [1924-1923], p. 189, v. 19).

Em relação à psicose, há uma fenda entre o ego e o mundo externo e o delírio se aplica como um remendo no lugar dessa fenda, em uma tentativa de cura ou reconstrução.

Tanto nas psiconeuroses quanto nas psicoses, a etiologia permanece a mesma; ambas ocorrem devido a:

(...) uma frustração, em uma não realização, de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos e que estão tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada. Essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, mas no caso individual, ela pode proceder do agente interno (no superego) que assumiu a representação das exigências da realidade. O efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual desse tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade (Freud, 1976 [1924-1923], p. 191-192, v. 19).

Devido à existência do superego, este também deve ser levado em consideração no desencadeamento de uma enfermidade psíquica, pois os conflitos podem ocorrer entre o ego e o superego, uma vez que o superego: “(...) une em si influências originárias tanto do id quanto do mundo externo, e constitui, até certo ponto, um modelo ideal daquilo a que visa o esforço total do ego: uma reconciliação entre os seus diversos relacionamentos dependentes” (Freud, 1976 [1924-1923], p. 192, v. 19).

O autor defendeu a tese de que a origem das neuroses e das psicoses ocorre devido aos conflitos e tentativas de conciliação do ego com o id e o superego, que pode obter êxito ou fracassar; o fracasso do ego revela-se pelo adoecimento psíquico. Também considerou que o conflito entre o ego e o superego está relacionado aos estados de melancolia, denominados “psiconeuroses ou neuroses narcísicas”, distintas das neuroses e das psicoses. Em estudo anterior sobre a diferenciação entre o “Luto e melancolia”, Freud (1974 [1917-1915], v. 14) entendeu que, na melancolia, o eu (ego) se retira do mundo externo e se desprende de todo objeto de investimento, fazendo um contrainvestimento, dirigindo a si mesmo autoacusações e injúrias advindas do superego. Afirmou ainda que, nas psicoses, o conflito ocorre entre o ego e o mundo externo, no qual o eu se desliga da realidade externa.

O psicanalista enquadrara a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia entre as “neuroses narcísicas”, no entanto, essas revelam-se como quadros psicóticos, uma vez que, em todos eles, ocorre um desligamento da realidade externa e o desinvestimento de objeto.

Segundo Laurent (1995):

Quando, em 1924, Freud distinguiu as psicoses e as neuroses narcísicas, ele o fez dentro da tradição kraepeliniana do dois grandes grupos de psicoses e para insistir na diferenciação dos fenômenos produtivos que se criam nos dois casos – e não para isolá-los um do outro (p. 162).

Conquanto não relacionadas a um estado neurótico, tanto a paranóia como a melancolia, transparecem um estado de profunda ameaça interna e ausência de libido dirigida aos objetos, mas voltadas ao próprio ego. Tal estado de angústia pode levar o indivíduo a desferir contra si próprio a hostilidade que dirigiria contra o objeto e, pela ação do superego, tornar o eu um alvo de destruição.

Tanto as neuroses quanto as psicoses “refletem que houve um fracasso no funcionamento do ego, que se vê em dificuldades para conciliar todas as exigências feitas a ele” (Freud, 1976 [1924-1923], p. 193, v. 19).

O autor apontou que a ocorrência do processo patogênico e a consequente ruptura do eu, depende de dois fatores:

- das magnitudes relativas das tendências que estão lutando entre si e
- da capacidade do ego deformar-se, submetendo-se a usurpação em sua própria unidade e até mesmo, talvez, efetuando uma clivagem ou divisão em si próprio (Freud, 1976 [1924-1923], p. 193, v.19).

Ainda levantou a hipótese da existência, no processo psicótico, de um mecanismo, análogo à repressão, que possibilitaria o desligamento do ego do mundo externo, abrangendo uma retirada da catexia enviada pelo ego, até então não denominado.

Complementando o artigo “Neurose e psicose”, Freud escreve um outro, denominado “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), reforçando a ideia de que, na psicose, o ego está a serviço do id e se afasta de um fragmento da realidade, estando a perda da realidade necessariamente presente.

Duas etapas podem ser discernidas na psicose: a primeira arrastaria o ego para longe da realidade, *rejeitando* esta realidade que é percebida como ameaçadora; a segunda etapa

consistiria na tentativa de reparação do dano causado ao ego e ao restabelecimento das relações do indivíduo com a realidade – uma nova realidade é criada para substituir a antiga:

O segundo passo, portanto, na neurose como na psicose, é apoiado pelas mesmas tendências. Em ambos os casos serve ao desejo de poder do id, que não se deixará ditar pela realidade. Tanto a neurose quanto a psicose são, pois, expressão de uma rebelião por parte do id contra o mundo externo, de sua indisposição – ou, caso preferirem, de sua incapacidade – a adaptar-se às exigências da realidade, à ‘*Ananké*’ [Necessidade]’. A neurose e a psicose diferem uma da outra muito mais em sua primeira reação introdutória do que na tentativa de reparação que a segue (Freud, 1976 [1924], p. 231, v. 19).

Freud (1976 [1924]) afirma que a diferença inicial entre uma neurose e uma psicose se expressa no desfecho final:

(...) na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado. Ou poderíamos dizer: na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. Ou ainda, expresso de outro modo: a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la (p. 231, v. 19).

Há, na psicose, um repúdio à realidade externa e uma substituição da mesma por um novo e imaginário mundo externo, efetuando-se uma alteração desta. “Provavelmente, na psicose o fragmento de realidade rejeitado, constantemente se impõe à mente” (Freud, 1976 [1924], p. 232, v. 19) sob a forma de delírios e alucinações de caráter muito aflitivo, sinalizando que “todo o processo de remodelamento é levado a cabo contra forças que se lhe opõem violentamente” (p. 232, v.19).

A *rejeição*, na psicose, é então o mecanismo equivalente à repressão, na neurose. O processo de rejeição, alvo de estudos pós-freudianos, está relacionado ao complexo de castração, segundo autores psicanalistas, tais como Nasio (1989), Kaufmann (1996), Simanke (2009).

Nasio (1989) esclareceu que “O registro da experiência de castração no inconsciente é aquilo que Freud denomina de ‘representação intolerável’, e é contra essa representação que o eu se defende, por vezes segundo um modo psicótico” (p. 152).

Retomando as citações do artigo freudiano “As neuropsicoses de defesa” (1894), Nasio (1989) acrescentou que:

Nas psicoses, em contrapartida, a defesa consiste numa ação bem determinada, radical e violenta: “Existe”, escreveu Freud, “uma espécie muito mais energética e eficaz de defesa. Ela consiste em que o eu repudia (verwirft) a representação insuportável, ao mesmo tempo que seu afeto, e se comporta como se a representação nunca tivesse chegado até o eu”. E, mais adiante, acrescenta: (...) o eu se desprende da representação inconciliável, mas esta se acha inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade [da castração], de modo que o eu, ao praticar essa ação, separa-se também, no todo ou em parte, da realidade”. Como vemos, o modo de defesa psicótico consiste, portanto, não num enfraquecimento da representação intolerável, como nas neuroses, mas numa separação radical e definitiva entre o eu e a representação. Por isso o eu expulsa a representação e, com ela, o fragmento da experiência da castração que a ela estava ligado. Em outras palavras, ao repudiar a representação, o eu repudia também o conteúdo afetivo da representação; ao repudiar o vestígio, repudia o que o vestígio evoca, a saber, o desejo sexual em relação à mãe (p. 152).

Portanto, a rejeição, na psicose, diz respeito ao repúdio da representação inconsciente da castração materna, que implica também rejeitar a interdição paterna; dessa forma, o sujeito “escapa” de não ter que se haver com a dialética do complexo de Édipo.

Destacam-se, ainda, dois artigos do final da obra freudiana que corroboram com as ideias expostas. Trata-se de “A divisão do ego no processo de defesa” e “Esboço de psicanálise”, ambos de 1940 e considerados inacabados.

No primeiro, Freud conservou a ideia de que cabe ao ego decidir, diante de um conflito, se atende à realidade externa ou às forças instintuais internas, acrescentando que, em ambos os casos, o ego sofre uma alteração, à forma de uma fenda no ego, conforme já havia postulado em 1924. O autor verificou que a divisão do ego ocorre diante da castração e descreve o processo que ocorre com o fetichista. Contudo, não se refere de forma explícita ao processo psicótico, talvez pelo fato de o artigo estar inacabado.

No segundo trabalho, o Capítulo VIII, recapitula a segunda tópica do funcionamento psíquico. Reforça a presença no id de “duas forças primevas, Eros e o Instinto de Morte” (Freud, 1975b [1940-1938], p. 228, v. 23), funcionando o ego como o mediador entre o id e o mundo externo real, do qual se origina. Se as relações do ego com o mundo externo encontrarem-se perturbadas, haverá um estado anormal do psiquismo, cujo desfecho revela-se nos quadros psicóticos:

(...) os estados patológicos do ego, nos quais ele mais se aproxima novamente do id, fundamentam-se numa cessação ou num afrouxamento dessa relação com o mundo externo. Isto harmoniza-se muito bem com o que aprendemos da experiência clínica – a saber, que a causa precipitadora da irrupção de uma psicose é, ou que a realidade tornou-se insuportavelmente penosa, ou que os instintos se tornaram extraordinariamente intensificados – ambas as quais, em vista das reivindicações rivais feitas ao ego pelo id e pelo mundo externo, devem conduzir ao mesmo resultado (Freud, 1975b [1940-1938], p. 231, v. 23).

O resultado ao qual Freud se refere é que o ego sofre uma *divisão (split)* psíquica devido ao fato de que:

Duas atitudes psíquicas formaram-se, em vez de uma só – uma delas, a normal, que leva em conta a realidade, e outra que, sob a influência dos instintos, desliga o ego da realidade. As duas coexistem lado a lado. O resultado depende de sua força relativa. Se a segunda é ou se torna mais forte, a pré-condição necessária para uma psicose acha-se presente. Se a relação é invertida, há então uma cura aparente do distúrbio delirante. Na realidade, ele apenas se retira para o inconsciente – tal como numerosas observações nos levam a acreditar que o delírio existia, já pronto, muito tempo antes de sua irrupção manifesta (Freud, 1975b [1940-1938], p. 231, v. 23).

A conclusão freudiana é de que a divisão do ego não se evidencia somente nos casos de psicose, mas também acontece em outros estados patológicos, como nas neuroses e perversões; portanto, o ego do indivíduo nunca escapa ileso a uma situação conflitiva:

Seja o que for que o ego faça em seus esforços de defesa, procure ele negar uma parte do mundo externo real ou busque rejeitar uma experiência instintual oriunda do mundo interno, o seu sucesso nunca é completo e irrestrito. O resultado reside em duas atitudes contrárias, das quais a derrotada, a mais fraca, não menos que a outra, conduz a complicações psíquicas. Para concluir, é necessário apenas apontar quão pouco de todos estes processos se torna conhecido de nós através de nossa percepção consciente. (Freud, 1975b [1940-1938], p. 234, v. 23).

Após esse breve percurso na obra freudiana, pode-se concordar com Simanke (2009), ao afirmar que:

Similarmente à neurose, na qual o andamento do processo defensivo vai exigindo novas e novas repressões das representações associadas ao núcleo traumático, a defesa psicótica, segundo seu modo particular de operação, vai como que extinguindo sucessivamente aquelas representações de coisa que assinalam o ponto de inserção da realidade insuportável no psiquismo. É uma espécie de sangramento do investimento próprio desse sistema através da brecha deixada pela ausência de inscrição psíquica de uma realidade concreta tão decisiva como a castração. Não é que o psicótico desconheça absolutamente a realidade da diferença sexual; mas ele não é capaz de subjetivar este conhecimento. A confrontação com esta realidade não produz, na esfera psíquica, outros efeitos além da desagregação (p. 239).

Partindo da não conclusão freudiana acerca do esclarecimento da defesa psicótica, que carecia de diferenciação com a perversão, Lacan retoma a obra psicanalítica freudiana⁵. Com a orientação de não recuar diante da psicose, o ensino de Lacan realiza modificações teóricas sobre o tema, abordando o psiquismo estruturado em três vertentes: neurose, psicose e perversão, cada qual segundo o modo de defesa diante da castração. Propõe a existência de três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondentes às três estruturas clínicas:

Quinet (1991), sobre o assunto, assim se expressa:

Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido (*Verleugnung*) do perverso, o nega conservando-o no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa (p. 23).

Objetivamente, Lacan (1992 [1955-1956]) define a psicose, no *Seminário 3*, como “loucura”.

⁵ Será conferido um breve olhar à obra lacaniana, com a permissão de “saltos teóricos”, uma vez que busca-se demonstrar, neste capítulo, que há uma compreensão psicanalítica da psicose, para além das descrições nosográficas.

Inicialmente, nos anos 1950, Lacan utiliza-se do conceito freudiano de rejeição (*verwerfung*) e elege, primeiramente, a *forclusion* do Nome-do-Pai. Recapitulando conceitos abordados nos seminários de 1955-56, proferidos no *Collège de France*, aponta a estrutura da psicose:

Ensinamos, seguindo Freud, que o Outro é o lugar da memória que ele descobriu pelo nome de inconsciente, memória que ele considera como objeto de uma questão que permanece em aberto, na medida em que condiciona a indestrutibilidade de certos desejos. A essa questão respondemos com a concepção da cadeia significante, na medida em que, uma vez inaugurada pela simbolização primordial (que o jogo do *Fort! Da!*, evidenciado por Freud na origem do automatismo de repetição, torna manifesta), essa cadeia se desenvolve segundo ligações lógicas cuja influência sobre o que há por significar, ou seja, o ser do ente, se exerce pelos efeitos de significante descritos por nós como metáfora e metonímia. É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (Lacan, 1998 [1957], p. 581-582).

Lacan considerou que o sujeito está articulado em três registros: real, simbólico e imaginário. Tomando o Nome-do-Pai como significante, este realiza a inscrição da lei no campo simbólico do sujeito e sua ausência, ou seja, sua forclusão na psicose acarreta a presença do significante no real. Na psicose, ocorre que o significante rejeitado no campo do simbólico, retorna no campo do real, manifesto sobre a forma de alucinações e delírios articulados ao funcionamento da linguagem. Nessa articulação, à psicose falta um significante que organize o campo simbólico, como ocorre na neurose. A forclusão implica a não admissão do complexo de Édipo no campo do simbólico.

Lacan apontou como recurso da psicose a pluralização dos Nomes-do-Pai, na medida em que interroga sobre o desencadeamento do surto ou a manutenção estabilizada da estrutura psicótica. Como afirmou Hanna (2006): “Trata-se da clínica das suplências, com base na qual se espera que, no tratamento psicanalítico, o sujeito encontre, retoma ou produza um significante que ordene o campo simbólico.” (p. 65). Ao trabalhar clinicamente o Caso Joyce, Lacan ressaltou a possibilidade da suplência por meio da escrita, meio de esvaziamento do gozo avassalador, recurso também buscado por Schreber.

Em resumo, Hanna (2006) deduz do ensino de Lacan sobre a psicose:

(...) a cadeia significante sofre um curto-circuito causado pela forclusão do significante da lei simbólica e que, assim, emerge um significante no real que se apresenta como uma voz, uma penetração no corpo, ou se manifesta sob a forma de outras experiências enigmáticas. O delírio faz um contorno, ensaia o retorno da libido aos objetos e consegue, no fim de seu trabalho, a manutenção do sujeito na posição de objeto – selo da estrutura psicótica – em que este se sente perseguido, amado, traído etc. O sujeito se diz à mercê do Outro, pois se trata de um Outro todo, consistente, sem barreiras e interpretado como alguém que goza do sujeito à sua própria vontade. O objeto está do lado do sujeito psicótico. Mais precisamente, o sujeito se situa como objeto do outro. Lá onde deveria emergir um sujeito surge um objeto denominado por Lacan, a partir de *O Seminário, livro 10: a angústia (1962-3)*, *objeto a.* (, p. 65-66).

Situado na posição de objeto a, abjeto desse Outro, cabe ao psicanalista, na clínica com psicóticos, possibilitar suplências (pela via da escrita, da arte – música, pintura – e outras tantas que o psicótico possa direcionar) e como orienta Lacan (1992 [1955-1956]), “secretariar o alienado”; no entanto, o psicanalista deve estar atento à ressalva de Laurent (1995):

(...) o que não equivale, simplesmente, a se colocar no lugar do dispositivo de tomar notas. Ser secretário do alienado é também fazer o que fez Freud: introduzir o sujeito. Por sua própria posição, o ato psicanalítico visa a introduzir o sujeito no texto psicótico e a ordenar, a partir daí, a produção que irá manifestar-se no tempo. Mas essa produção também teria lugar sem o psicanalista, já que Schreber e Joyce não precisaram dele (p. 185).

À medida que o analista é convocado para este lugar é que deve exercê-lo, considerando a ética da psicanálise, hoje inserida em campos multidisciplinares, mas que deve, sobretudo, resguardar o lugar da escuta do sujeito do inconsciente e articular o tratamento possível da psicose, para além dos diagnósticos sindrômicos, mas na compreensão de uma dor real de existir.

O trabalho multidisciplinar requer a intersecção com outros saberes e fazeres, não só psicanalíticos. Assim, procede-se à exposição das referências psiquiátricas sobre a psicose, compreendida na pós-modernidade como causada multifatorialmente, mas ainda submetida àquele que, embora não dê conta do todo, responde à urgência capitalista de diagnóstico, ação e controle: o poder psiquiátrico.

5.2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS PSICÓTICOS NA ÓTICA PSIQUIÁTRICA

Em relação à nosologia, que trata das patologias psiquiátricas, considera-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) e a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1993), por serem esses aceitos e empregados mundialmente nos serviços de saúde que apresentem uma interface com a psiquiatria.

Historicamente, o termo psicótico tem recebido várias definições diferentes; contudo, nenhuma conquistou aceitação geral. A definição mais objetiva de psicótico refere-se à presença de delírios e alucinações, além de outros sintomas positivos e negativos. Na esquizofrenia, os sintomas positivos são o discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. Os sintomas negativos incluem embotamento afetivo, pobreza da fala (alogia) ou de seu conteúdo, bloqueio, auto-higiene pobre, falta de motivação, anedonia e retraimento social (American Psychiatric Association, 2003). Tais sintomas variam em função de cada transtorno psicótico, configurando quadros específicos.

Com relação aos quadros psicóticos, eles apresentam, em linhas gerais, as seguintes características:

- Desordem mental, em que o pensamento, a resposta afetiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidos;
- O relacionamento interpessoal costuma estar bastante prejudicado, o que interfere no convívio social;
- Prejuízo em perceber a realidade de forma adequada;
- Presença de delírios, alucinações e ilusões, configurando um quadro de loucura.

O DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) descreve os principais quadros psicóticos na seção “Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, agrupados para facilitar o diagnóstico diferencial dos transtornos que incluem sintomas psicóticos como um aspecto proeminente em sua apresentação. Outros transtornos que podem apresentar sintomas psicóticos como características associadas estão incluídos em outros locais do manual, por exemplo, “Transtorno Depressivo Maior Com Sintomas Psicóticos”, descrito na seção intitulada “Transtornos do Humor”.

Na seção “Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, estão incluídos os seguintes transtornos:

a) Esquizofrenia (Psicoses Crônicas): é uma perturbação que dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos um mês de sintomas da fase ativa, isto é, dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos. Inclui os subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual.

b) Transtorno Esquizofreniforme: caracteriza-se por um quadro sintomático equivalente à esquizofrenia, exceto por sua duração (a perturbação dura de um a seis meses) e ausência de exigência de um declínio de funcionamento.

c) Transtorno Esquizoafetivo: é uma perturbação na qual um episódio de humor (euforia intensa, depressão profunda) e sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem juntos e foram precedidos ou seguidos por pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor. Inclui os subtipos de transtorno afetivo: tipo bipolar e tipo depressivo.

d) Transtorno Delirante: caracteriza-se por pelo menos um mês de delírios não bizarros sem outros sintomas da fase ativa da esquizofrenia. Os subtipos do transtorno delirante são caracterizados pelo tema predominante nos delírios: tipo erotomaníaco, tipo grandioso, tipo ciumento, tipo persecutório, tipo somático, tipo misto, tipo inespecificado.

e) Transtorno Psicótico Breve: é uma perturbação psicótica de início súbito, com pelo menos um sintoma psicótico positivo. A duração é de, no mínimo, um dia e remissão em um mês. Pode haver presença ou ausência de estressores precipitantes, especificados como: com estressor acentuado, sem estressor acentuado, com início pós-parto.

f) Transtorno Psicótico Induzido (*Folie à Deux* – “loucura a dois”): a característica essencial desse transtorno é um delírio que se desenvolve em um indivíduo envolvido em um estreito relacionamento com outra pessoa (às vezes, chamada de “indutor” ou “caso primário”) que já tem um transtorno psicótico com delírios proeminentes. O indivíduo partilha das crenças delirantes do caso primário, total ou parcialmente.

g) Transtorno Psicótico devido a uma condição médica geral: os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral. Os subtipos podem ser: com delírios, com alucinações. Exemplo: lesões do SNC: tumores, traumatismos, malformações e outros.

h) Transtorno Psicótico Induzido por substância: ocorrem alucinações e delírios proeminentes, decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância: droga de abuso, medicamento, exposição à toxina. Os subtipos são: com delírios, com alucinações.

i) Transtorno Psicótico sem outra especificação: sintomatologia psicótica com informações inadequadas ou contraditórias, não satisfazendo o critério de inclusão em nenhuma das categorias.

A descrição dos quadros psicopatológicos referentes à “Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos” está incluída no Eixo I do DSM IV, em Transtornos Clínicos. O DSM IV orienta que a avaliação e o diagnóstico sejam multiaxiais, contemplando o Eixo II – Transtornos de Personalidade/Retardo Mental –, o Eixo III – Condições Médicas Gerais –, o Eixo IV – Problemas Psicossociais e Ambientais – e o Eixo V – Avaliação Global do funcionamento. Isso possibilita uma avaliação global do indivíduo, captando a complexidade das situações clínicas. No entanto, o direcionamento das avaliações clínicas, de modo geral, tem revelado uma tendência às especificidades e às especialidades, cujo enfoque é realizado sobre alguns aspectos do adoecer e sobre o órgão ou sistema doente, ficando, dessa forma, comprometido o diagnóstico e o tratamento em sua globalidade. Tal fato pode ser observado pela ausência de descrição, em prontuários de serviços de saúde mental, das condições de saúde geral do paciente e da avaliação global de sua dinâmica. Dalgarrondo (2008) corroborou com essa exposição, ao afirmar que o exame físico de pacientes psiquiátricos não deve diferir daqueles que não o são. No entanto, “os distúrbios e doenças físicas são ‘subdiagnosticados’, não adequadamente reconhecidos e tratados nos pacientes ditos psiquiátricos” (Dalgarrondo, 2008, p. 62). Entre as causas dessa falha na atenção a esses indivíduos, o autor enumerou:

- O clínico geral (o médico não psiquiatra, de forma geral) tende a não examinar adequadamente o doente mental, pois ele não é “seu doente”, é “doente apenas do psiquiatra”.
- O psiquiatra não realiza o exame físico do paciente, pois não se considera “médico do corpo”, mas “especialista” ou “médico exclusivamente do psiquismo, do comportamento ou da alma” (p. 62).

Respeitando-se as diferenças de compreensão teórica no que tange à psicose, buscar-se-á resgatar o enfoque soma-psiquê, aliando os transtornos psicóticos às manifestações psicossomáticas.

5.3 PSICOSE E PSICOSSOMÁTICA

O sujeito psicótico, como qualquer ser humano, está submetido às emoções, aos estressores, às respostas orgânicas ao estresse, às respostas emocionais ao medo, que podem convergir para o adoecimento, para a manifestação psicossomática.

Tomando-se por referência a esquizofrenia, dados epidemiológicos revelam que esta atinge 1% da população. Normalmente, inicia antes dos 25 anos de idade, persiste por toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais. Esquizofrênicos têm maior taxa de mortalidade por acidentes e causas naturais do que a população geral. A mortalidade pode estar ligada ao desafio clínico, no diagnóstico e tratamento de condições médicas e cirúrgicas nesses pacientes, muitas vezes, requerendo condições especiais. Estudos comprovam que alcançam 80% a comorbidade entre doenças médicas significativas em esquizofrênicos, e, em até 50%, tais doenças médicas não são diagnosticadas (Sadock & Sadok, 2007).

Correlacionando a esquizofrenia ao modelo do diátese-estresse, que integra fatores biológicos, psicossociais e ambientais, um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, ao ser influenciada por um estressor, permite que os sintomas da esquizofrenia se desenvolvam. Nesse modelo, a diátese ou o estresse podem ser biológicos, ambientais ou ambos. A base biológica da diátese pode ser modelada por influências epigenéticas, como abuso de substâncias, estresse psicossocial e trauma (Sadock & Sadok, 2007). Portanto, na ausência de precisão etiológica para a esquizofrenia, agentes estressores são considerados potenciais desencadeadores, estando esses sujeitos confrontados com a situação de estresse e suas consequências, positivas ou negativas.

Selye (1965), mesmo apoiando-se na pesquisa experimental, não deixou que lhe escapasse a percepção subjetiva do ser humano, o que pode ser confirmado pelas várias digressões no decorrer de sua obra. Assim, corrobora o importante papel dos sentimentos e das emoções, reforçando o vínculo estresse e psicossomática, mas, indo além da própria resposta fisiológica que propôs, em direção à grave afetação do psiquismo:

As tensões mentais, as frustrações, o sentimento de insegurança e a falta de objetivo estão entre os mais importantes fatores de *stress*. Como os estudos psicossomáticos têm demonstrado, eles também estão entre as causas mais comuns das doenças físicas. Isso é de grande importância, especialmente agora, quando o nosso conhecimento sobre micróbios, deficiências de vitaminas e outros produtores de doenças específicas nos proporciona armas

efetivas para combater as doenças que, até mesmo no início de nosso século, eram ainda os maiores flagelos da humanidade. E quão frequentemente não são as dores de cabeça, úlceras gástricas e duodenais, trombose da coronária, artrite, hipertensão, loucura, suicídio ou tão-somente infelicidade irremediável, causados por um malogro na tentativa de encontrar um guia satisfatório para a conduta? (Selye, 1965, p. 336).

Freud (1969 [1911]), ao elaborar o Caso Schreber, a partir das memórias desse último, descreve as manifestações sentidas pelo juiz antes do adoecimento psíquico, sem dar a elas maior importância. No entanto, os trechos retirados das memórias do Dr. Schreber revelam que, antes da evidência do quadro paranoico (transtorno delirante), os “distúrbios nervosos (...) resultaram de excessiva tensão mental (...) e ao fardo muito pesado de trabalho”, contribuindo para “uma crise de grave hipocondria” (p. 27, v. 12). Alguns sintomas foram relatados antes da eclosão do surto paranoico: sentimentos de frustração, sonhos perturbadores, acessos de insônia, ideias hipocondríacas, ideias de perseguição associadas à hiperestesia à luz e ao barulho, cujo agravamento resultou na hipocondria, assim descrita:

Durante os primeiros anos de sua moléstia, alguns de seus órgãos corporais sofreram danos terríveis que inevitavelmente levariam à morte qualquer outro homem; viveu por longo tempo sem estômago, sem intestinos, quase sem pulmões, com o esôfago rasgado, sem bexiga e com as costelas despedaçadas; costumava às vezes engolir parte de sua própria laringe com a comida etc. (Freud, 1969 [1911], p. 32, v. 12).

Sabidamente, afora o comprometimento com a realidade externa, presente nesse quadro alucinatório, existe uma realidade interna capaz de mobilizar o corpo e suas defesas, colocando o sujeito em “amargo sofrimento e privação”, conforme contou o próprio Schreber. No relato de Freud (1969 [1911]), Schreber:

Acreditava estar morto e em decomposição, que sofria de peste; asseverava que seu corpo estava sendo manejado da maneira mais revoltante, e, como ele próprio declara até hoje, passou pelos piores horrores que alguém possa imaginar, e tudo em nome do intuito sagrado. O paciente estava tão preocupado com estas experiências patológicas, que era inacessível a qualquer outra impressão e sentava-se perfeitamente rígido e imóvel durante horas (estupor alucinatório). Por outro lado, elas o torturavam a tal ponto, que ele ansiava pela morte. Fez repetidas tentativas de afogar-se durante o

banho e pediu que lhe fosse dado o “cianureto que lhe estava destinado” (p. 29, v. 12).

O quadro hipocondríaco descrito ilustra a forte relação entre o psíquico e o corpóreo na psicose, mesmo que de forma delirante. Conforme descrito pelo próprio Schreber, o surto psicótico é antecedido por um período de estresse emocional e por sentimentos de frustração e queixas de medo, concomitante aos pesadelos e à insônia. A vivência do surto, manifesta no corpo, perpetua a manutenção de um estresse psíquico, expresso por sentimentos de sofrimento, preocupação e desejo de morte, indicando a ruptura com a pulsão de vida. Além da hipocondria, outros sintomas e manifestações se fazem presentes na clínica com psicóticos, interessando à pesquisadora, particularmente, a existência de manifestações psicossomáticas, o momento de sua eclosão, bem como as possibilidades de relação com o medo e o estresse. Mas, quais são as manifestações psicossomáticas que esses sujeitos apresentam? De que tipo de medo sofrem? Apresentam estresse? A estas questões a pesquisa aqui realizada visou responder.

6 MÉTODO

“Não tenho verdades, apenas convicções”.
Jean Rostand

Esta seção busca definir o método da presente pesquisa e as ações que viabilizaram sua execução. Optou-se pela abordagem qualitativa por apresentar-se como método adequado ao problema de pesquisa: buscar apreender dinâmicas emocionais de indivíduos requer proximidade, contato, estabelecimento de vínculos de confiança com o outro. Dessa forma, a abordagem qualitativa atende a proposição.

Bogdan e Biklen (1994) destacaram cinco características da investigação qualitativa: a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal, frequentando o local de estudo e preocupando-se com o seu contexto; a investigação qualitativa é descritiva, com base em dados escritos, transcritos, notas de campo, fotografias, documentos e quaisquer registros que corroborem a pesquisa; o interesse dos investigadores é mais pelo processo do que pelos resultados ou produtos; a análise dos dados tende a ser indutiva, privilegiando abstrações construídas pela emergência dos dados recolhidos, salientando as questões mais importantes; valorização do significado, no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.

Minayo (2006) descreveu o método qualitativo como:

(...) o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (...) as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (p. 57).

Turato (2003) apresentou um quadro comparativo, no qual diferencia diversos modelos de pesquisa qualitativa, segundo as suas características fundamentais e o enquadre teórico. Entre eles, os modelos de pesquisa psicossomáticos cujos enfoques dominantes são a Epidemiologia (populações) e o Psicanalítico (indivíduos), tendo por doutrinas e disciplinas básicas a Psicofisiologia, a Psicoimunologia, a Psicoendocrinologia e a Psicanálise Aplicada. Os autores de referência são Dunbar, Alexander, Marty, McDougall, e os aspectos valorizados são as relações mente-corpo, psicogênese, fatores de estresse, eventos de vida.

Enquadra-se, portanto, o modelo que sustenta a pesquisa – Pesquisa Qualitativa Psicossomática com enfoque Psicanalítico/Psicofisiológico – e define-se a metodologia.

6.1 METODOLOGIA DE ESTUDO

A presente pesquisa é um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que utilizou como metodologia o Estudo de Caso, conforme modelo proposto por Yin (2005). O autor ressaltou que esse modelo é uma ferramenta de pesquisa que vai além dos métodos qualitativos, podendo incluir evidências quantitativas ou a elas ficar limitado. Portanto, este pode apresentar um viés qualitativo, quantitativo ou ambos. Esse autor o descreve da seguinte forma:

1. Um estudo de caso é uma investigação empírica que

- investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando
- os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (...)

2. A investigação do estudo de caso

- enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado,
- baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado,
- beneficia-se do desenvolvimento prévio das proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. (...) (p. 32-33).

A escolha de tal método possibilita privilegiar o rigor da objetividade sem deixar de lado a riqueza da subjetividade, possibilitando o advir textual do fenômeno pesquisado, bem como fazer inferências e correlações do material produzido durante as entrevistas.

Para clarificar os procedimentos metodológicos, serão destacados a amostra, o instrumento utilizado, o procedimento e, em sequência, a análise dos dados e os resultados obtidos.

6.2 AMOSTRA

Objetivando-se pesquisar pacientes com transtornos psicóticos, particularmente portadores de esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos (DSM IV –American Psychiatric Association, 2003 e CID 10 –OMS, 1993 – codificado como F. 20) e compreender a dinâmica subjacente à emergência de fenômenos psicossomáticos nesses quadros, o estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Casa Viva) da cidade de Juiz de Fora (vinculado à Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, sob gerência do Departamento da Rede de Saúde Mental). O CAPS Casa Viva foi escolhido por prestar tratamento multiprofissional a usuários portadores de sofrimento mental, principalmente psicóticos (esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos). Nessa unidade, foram pesquisados 18 usuários, no período de julho de 2010 a setembro de 2011, em amostragem proposital, por variedade de tipos, abordados *in loco*, por estarem vinculados ao serviço.

A Rede de Saúde Mental do município de Juiz de Fora está estruturada pelo Departamento da Rede de Saúde Mental (DRSME), englobando os seguintes serviços: CAPS Casa Viva, CAPS HU/UFJF (Hospital Universitário/Universidade Federal de Juiz de Fora), CAPS AD (álcool e drogas), CAPS ij (infância e juventude), Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM – ambulatório), Centro de Convivência Recriar, Residências Terapêuticas (RTs), Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP/HPS, localizado no Hospital de Pronto Socorro). Em processo de implantação: CAPS III, CAPS II Leste, CAPS II Norte, CAPS AD Norte, RTs.

O CAPS Casa Viva foi o primeiro a ser implantado na cidade de Juiz de Fora, completando 18 anos de funcionamento em 2011. É um órgão ordenador das demandas e ações em saúde mental, em seu território de abrangência, que abarca a região sul e centro-sul do município (UAPS: Candanda/Vale Verde, Santa Efigênia, Centro/Sul, Santa Luzia,

Ypiranga, Cruzeiro do Sul, Santa Cecília), com população estimada de 150 mil a 200 mil habitantes. Mantém integração contínua com as equipes das redes básicas de saúde de seu território, por meio de ações de acolhimento de usuários, matriciamento das equipes e contrarreferência dos casos atendidos. Com atendimento médio de 500 usuários/mês (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), o CAPS busca atendimento integral ao portador de sofrimento mental, com equipe multiprofissional composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, estagiários de diversas áreas, tais como artes, música, educação física. O trabalho diário inclui atendimento individual e grupal pela equipe, reuniões de família, reuniões de “bom dia” e “boa tarde” e as mais diversas oficinas, demandadas pelos usuários, tais como atelier de pintura, *yoga*, bijuterias, música, bingo. Para facilitar a inserção social, as oficinas avançadas operam fora do espaço físico do CAPS: futebol, casa de lanches comandada por usuários, participação em eventos – festa junina, comemoração do dia 18 de maio (dia nacional de luta antimanicomial), exposições. Destaca-se a banda de música formada por usuários do serviço chamada “Os impacientes”, apresentando-se com composições próprias, tendo sido merecedora de diversos prêmios.

Pelo respeito à dignidade humana e por atender usuários com grave comprometimento e sofrimento psíquico, entre eles os psicóticos, o CAPS Casa Viva foi escolhido como o campo da pesquisa.

O critério de seleção e inclusão dos indivíduos que foram sujeitos da pesquisa obedeceu aos seguintes tópicos:

- Ter vínculo com o CAPS Casa Viva.
- Ter diagnóstico clínico confirmado de transtorno psicótico (esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos).
- Ter 18 anos completos ou mais.

Foi considerado critério de exclusão da pesquisa os sujeitos que apresentassem quadro psicótico agudo⁶ no momento da entrevista, portanto, sem condições mínimas e compatíveis para se expressarem de modo natural, quando abordados pela pesquisadora, e também aqueles cujas famílias não puderam estar presentes no caso de ser necessário algum esclarecimento adicional.

⁶ Tomando-se por referência a esquizofrenia, o quadro agudo consiste na presença de sintomas positivos, incluindo “distorções ou exageros do raciocínio lógico (delírios), da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do controle comportamental (comportamento amplamente desorganizado ou catatônico)” – DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003, p. 304).

A amostra foi selecionada por meio de contato com a equipe de saúde do serviço, indicação por diagnóstico e contato com os usuários *in loco*. Após esse processo, eles foram abordados pela pesquisadora responsável e convidados a participar da pesquisa. Com o “de acordo” do usuário, e, caso dependesse de responsável legal, o mesmo foi contactado e devidamente esclarecido sobre o procedimento da pesquisa, conforme determinação da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no item IV. 3, letra a. O início da pesquisa se deu com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁷ ao usuário, e foram dirimidas as dúvidas que surgiram. A partir da concordância de participação de usuário, tais sujeitos foram, então, considerados participantes da pesquisa.

Quanto ao risco para os participantes da pesquisa considerou-se que foi mínimo, tal qual o mesmo envolvido em atividades como conversar, andar ou ler. Quanto à identidade dos envolvidos na pesquisa, foram e serão respeitados os padrões profissionais de ética e sigilo.

6.3 INSTRUMENTO

O enquadre do estudo foi dado à análise e interpretação de materiais textuais produzidos a partir das respostas à entrevista semiestruturada e sua posterior análise. A entrevista, criada especialmente para a realização do estudo, é composta por perguntas fechadas e duas perguntas abertas, que investigam os dados pessoais (idade, estado civil, relações familiares, escolaridade, ocupação), que remetem à saúde (história da doença psíquica atual, presença de enfermidades físicas, uso de drogas lícitas ou ilícitas, sintomas de estresse) e as manifestações psicossomáticas que ocorreram ou não, ocorrem ou não na vida dos sujeitos em questão.

Contribuíram para esse desenho de pesquisa a análise dos prontuários dos pacientes e as entrevistas complementares com responsáveis legais, quando necessário, bem como a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa como observadora participante, com registros em notas para o Estudo de Caso.

No intuito de evitar o viés na pesquisa, o roteiro de entrevista foi submetido à análise no momento da qualificação do trabalho da pesquisadora.

⁷ Anexado neste estudo.

6.4 PROCEDIMENTO

A realização deste trabalho teve início com a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), protocolado sob o número 2092.151.2010, em 07/07/2010, sob o número de registro no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) n°. 343.378, tendo sido aprovado por esse comitê em 17/07/2010, conforme Parecer n°. 163/2010 (anexo A). Foi também submetida à Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora, no Departamento da Rede de Saúde Mental, para ciência e autorização da pesquisa. A pesquisadora apresentou-se no campo da pesquisa e, em reunião com a equipe técnica, também solicitou permissão para a realização da mesma, comprometendo-se a retornar os resultados para a equipe e individualmente com os usuários. Após a aprovação do projeto e autorizações citadas, procedeu-se o início da pesquisa de campo, por meio dos casos-piloto.

A coleta de dados foi feita seguindo critérios de inclusão dos participantes descritos anteriormente e posterior entrevista dos mesmos, que foram gravadas e transcritas na íntegra⁸. Tal método é de extrema importância, na medida em que permite à pesquisadora o contato, por meio da transcrição, com todo o material da coleta de dados, bem como admite que os dados sejam armazenados e arquivados de forma consistente.

Posteriormente a esse procedimento, as entrevistas foram pré-analisadas e foi traçado um perfil dos participantes, sua trajetória pessoal, dados relativos à saúde, emergência do fenômeno psicossomático e reações de medo e estresse. Em seguida, foi realizada a exploração do material, por meio de análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Como já ressaltado anteriormente, o procedimento adotado para este estudo qualitativo exploratório foi o Estudo de Caso (múltiplos) na perspectiva de Yin (2005).

Na pré-análise, foi feita uma organização do material por intermédio de uma leitura flutuante das entrevistas, transcritas integralmente, pretendendo familiarizar o pesquisador com o material. Em seguida, buscou-se a construção de evidências do problema em estudo. Para corroborar a aquisição de achados, foram utilizadas mais de uma fonte de evidências, quais sejam, a análise de prontuários, entrevistas complementares com familiares, observação participante, notas de campo. A segunda etapa do trabalho, que concerne à exploração do

⁸ Como presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no anexo B.

material, é a etapa ligada à transformação dos dados coletados em unidades de análise, ponto de partida da interpretação e discussão dos dados.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme propôs Yin (2005), o Estudo de Caso foi um Estudo de Casos Múltiplos, do tipo incorporado, nos quais, em cada caso, foram analisadas duas *unidades incorporadas de análise*:

a) Unidade incorporada de análise 1: verificar se houve ocorrência ou não do fenômeno psicossomático e quando e como ocorreu.

b) Unidade incorporada de análise 2: verificar se há evidências de sintomas de estresse que venham corroborar a emergência do fenômeno psicossomático.

Os dados coletados e a análise dos mesmos foram transportados ao problema pesquisado, buscando-se uma generalização desses, amparada no referencial teórico ora adotado, que permitiu, a partir de casos individuais, fazer inferências gerais acerca do problema, por meio de análises de processos que se repetem em diferentes contextos.

O fechamento da análise foi realizado por intermédio da inferência na discussão dos resultados, meio pelo qual se refletiu acerca do que emergiu da população pesquisada e o que se encontra presente na literatura e nos meios de divulgação científicos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

“A experiência sem o conceito é cega, e o conceito sem a experiência, vazio”.
Gaston Bachelard

Este capítulo apresenta os dados coletados, a análise dos mesmos e a discussão dos resultados, a fim de atender aos objetivos da pesquisa sobre a emergência do fenômeno psicossomático em portadores de transtorno mental psicótico. Será apresentado o estudo dos casos, nos quais foram investigadas as trajetórias pessoais, os dados relativos à saúde física e mental, à emergência do fenômeno psicossomático e as reações de estresse e os sentimentos de medo.

Na análise dos dados, foram apontadas as generalizações possíveis, pontos de encontro e desencontro teóricos, buscando explorar, em profundidade, o tema pesquisado. Para isso, foram retirados os relatos considerados de maior impacto, levando-se em consideração as unidades de análise propostas. As observações de campo foram utilizadas como complemento na discussão dos resultados.

7.1 NO CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa de campo ocorreu conforme previsto, sendo os usuários pesquisados vinculados ao CAPS Casa Viva os quais atenderam aos critérios de inclusão.

Os sujeitos da pesquisa foram indicados pelos técnicos do serviço, que realizaram um contato prévio com os mesmos. Em alguns casos em que a própria pesquisadora fez o primeiro contato com os usuários, a partir da indicação técnica, eles demonstraram desconfiança e declinaram em participar. A partir desta observação, a pesquisadora solicitou aos técnicos a primeira explanação da pesquisa com cada indivíduo, sem a presença da pesquisadora, para, posteriormente, estabelecer o contato. Dessa forma, os voluntários demonstraram maior disponibilidade.

Foram realizadas ao todo 27 entrevistas, com 21 usuários e familiares. Destes 21 usuários, um deles não teve condições de responder à 2ª entrevista, pois apresentou, durante a entrevista, exacerbação do comportamento persecutório (parte do quadro do usuário), sendo a mesma interrompida pela pesquisadora a fim de não causar danos ao sujeito. Outro usuário,

embora indicado pela equipe técnica do serviço como estando em condições de participar da entrevista, demonstrou pensamento desagregado no momento, não respondendo de forma satisfatória às questões propostas. Um terceiro usuário, embora atendesse aos critérios, iniciou a entrevista e, após responder cerca de metade das questões, pediu para continuar em outro dia, pois estava cansado. Apesar de ter sido remarcado dia e hora, o usuário não compareceu, ficando, portanto, inviável o aproveitamento da entrevista. Assim, no total de usuários entrevistados, foi alcançado o número de 18 sujeitos, com 22 entrevistas analisadas. Houve a perda de gravação de uma entrevista, mas a mesma foi anotada pela pesquisadora e foi realizada entrevista com a família do usuário. Também foram analisados todos os prontuários dos 18 entrevistados, variando o tempo de inserção no serviço de 1 ano a 17 anos.

Visando preservar o sigilo quanto à identidade dos usuários, eles serão doravante denominados pela sigla US, prosseguida dos números 1, 2, sucessivamente, até o número total de entrevistados, ou seja, de US1 a US18.

7.2 O DIAGNÓSTICO DE PSICOSE

Todos os usuários indicados pelos técnicos foram diagnosticados como psicóticos. No entanto, observa-se, ao pesquisar o diagnóstico nos prontuários, uma variedade de tipos e subtipos, sendo que alguns diagnósticos expressos para os sujeitos desta pesquisa não são de psicose, conforme descritos pelo DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) e pela CID 10 (OMS, 1993). Isto se explica pelo fato de o serviço ser multidisciplinar, congregando saberes psiquiátricos e psicanalíticos. Assim, muitas vezes, o diagnóstico é atribuído pelo médico psiquiatra e evidenciado no prontuário de acordo com os manuais, sendo um diagnóstico sintomático, ao mesmo tempo em que há uma compreensão do sujeito como “sujeito do inconsciente” e coexiste um diagnóstico estrutural, psicanalítico.

O Quadro 2, a seguir, demonstra os diagnósticos descritos nos prontuários, de acordo com a CID 10 (OMS, 1993):

Quadro 2: Diagnósticos psiquiátricos.

Sujeito	Diagnóstico CID 10
US1	F.20.03 Esquizofrenia indiferenciada
US2	F.20.0 + F.19 Esquizofrenia paranoide + transtornos mentais e de comportamento associado ao uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas
US3	F.20.0 Esquizofrenia paranoide
US4	F.20.9 + F.60 Esquizofrenia não especificada + transtornos específicos de personalidade
US5	F.20 Esquizofrenia
US6	F.20.5 Esquizofrenia residual
US7	F.20.3 Esquizofrenia indiferenciada
US8	F.60.4 + F.41.1 Transexualismo + transtorno de ansiedade generalizada
US9	F.20.0 Esquizofrenia paranoide
US10	F.20.5 Esquizofrenia residual
US11	F.25.1 Transtorno esquizoafetivo tipo depressivo
US12	F.33.3 Transtorno depressivo recorrente episódio atual grave com sintomas psicóticos
US13	F.62 + F.22 + F.43 + F.60.9 Transtornos específicos de personalidade + transtornos delirantes persistentes + reação a estresse grave e transtornos de ajustamento + transtorno de personalidade não especificado
US14	F.31.2 Transtorno afetivo bipolar maníaco com sintomas psicóticos
US15	F.32.3 Transtorno do humor - episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
US16	F.20.5 Esquizofrenia residual
US17	F.20.0 Esquizofrenia paranoide
US18	F.20.5 Esquizofrenia residual

Fonte: Dados de prontuários (2010, 2011).

Pode-se verificar, claramente, a situação diferenciada entre diagnóstico sindrômico e estrutural, no diagnóstico atribuído ao US8, qual seja, F. 64.0 (Transexualismo) e F. 41.1 (Transtorno de Ansiedade Generalizado). Embora o diagnóstico relatado em prontuário não evidencie uma psicose, a compreensão psicanalítica do mesmo aponta para a permanência de

um comportamento bizarro (vestir-se literalmente de mulher – “empuxo à mulher”⁹) associado à melancolia, dor de existir, entendimento psicanalítico compartilhado pela equipe na direção de tratamento.

Campos, Gonçalves e Amaral (2008) corroboram esse pensamento, enfatizando o conceito lacaniano de psicose ordinária, que, mesmo na ausência de sintomas produtivos, pressupõe a existência da psicose como estrutura. Assim, diferenciam as psicoses clássicas das ordinárias:

Nas psicoses clássicas, o desencadeamento – resultado da queda das bengalas imaginárias que sustentavam anteriormente a vida psíquica do sujeito – leva ao surto psicótico e revela um quadro clínico típico que exclui qualquer dúvida quanto ao diagnóstico. Nas psicoses ordinárias, com frequência, não é possível localizar o seu ponto de desencadeamento, tampouco perceber delírios ou alucinações. Pode-se, contudo, verificar um funcionamento psicótico prévio do sujeito, mesmo sem a identificação de fenômenos elementares. Em alguns casos, o funcionamento psicótico prévio pode aparecer com uma vida conflituosa, pouco adaptada ao meio social, dificuldades em se manter no emprego, adesão ao uso de drogas, inexistência de relações amorosas ou distúrbios de linguagem.

Se o desencadeamento é o resultado de um efeito de abrir, de desencadear, a psicose ordinária prescinde do desencadeamento e dos fenômenos produtivos que se colocam em marcha como a alucinação e o delírio. Em particular, expressam novas organizações de gozo, como a anorexia, a bulimia, a melancolia, a toxicomania, os fenômenos psicossomáticos, (sic) a depressão psicótica e a melancolia, que se constituem como modalidades subjetivas, compensando e estabilizando o real da psicose (p. 76).

Tal compreensão também se aplica aos quadros descritos como F. 30, apresentados pelo pesquisados US12, US14, US15, com acentuação de alterações do humor, quiçá melancólicos.

Destaca-se a esquizofrenia como o principal transtorno diagnosticado nesta amostra, em seus subtipos: indiferenciada, paranoide, residual.

⁹ Entendimento lacaniano concernente à posição do sujeito na psicose: “Sem dúvida, a adivinhação do inconsciente adverte o sujeito, desde muito cedo, de que, na impossibilidade de ser o falo que falta à mãe, resta-lhe a solução de ser a mulher que falta aos homens.” (Lacan, 1998, p. 572)

7.3 UNIDADES DE ANÁLISE

7.3.1 Unidade incorporada de análise 1: verificar se houve ou não ocorrência do fenômeno psicossomático e quando e como ocorreu.

Considerando, conforme articulado anteriormente, a gama de reações que o organismo humano pode manifestar, quando submetido às emoções e ao estresse, serão relacionadas todas aquelas “doenças”, “fenômenos” ou “manifestações” encontrados nesta pesquisa, descritos pelo próprio entrevistado, pela família, ou presentes no relato de prontuário. Entende-se que, muitas vezes, o relato dos usuários não dispõe de termos precisos e científicos, mas, em sua simplicidade, falam dos males que lhes vão, tanto no corpo quanto na alma.

Optou-se por avaliar quando e como ocorre o fenômeno psicossomático, demarcando-se o antes ou depois do surto, pois o surto é um “divisor de águas” na vida desses sujeitos. Com relação ao momento da eclosão do surto, a idade com que contavam e se houve algum fator desencadeador, não ficou plenamente evidente em 4 casos avaliados. Mesmo esses casos foram considerados como tendo um antes e um depois do surto, tomando-se como referência uma crise relatada (depressiva, de medo ou de pânico e a 1ª internação psiquiátrica, a partir do que inicia o tratamento psiquiátrico) pelo sujeito e/ou no prontuário. Quando os dados foram divergentes quanto às datas do surto ou crise, considerou-se o relato do prontuário.

O momento marcante dessa divisão psíquica rege o avassalamento do sujeito e as tentativas de reconstrução, ilustrado nas falas daqueles que sofreram sua consequência:

- US3: Sobre a 1ª internação psiquiátrica: “Eu falei assim ‘que mundo é esse que eu estou que eu não conheço’. Eu falei assim, eu perguntei pra mim mesmo lá, falei “que mundo é esse? Eu não estou sabendo o que eu estou fazendo aqui” (ent., p. 13).

- US5: “É uma doença? Parece tão real... não consigo distinguir as vozes dos meus pensamentos... Será que só eu que tenho isso?” (dados de pront., 25/03/11).

- US10: “Acostumei com o CAPS, isso é viver. Tenho muitos amigos. Quando eu chorei pela 1ª vez, procurei me tratar. Fiquei doente. Agora meu problema é namoro. Fiquei meio doida, só sei que sou mulher, mas não sei quem sou, me estranhei. Sei que sou essa e que meu nome¹⁰ é ...” (dados de pront., 05/10/98).

¹⁰ Nome identificado e omitido propositalmente pela pesquisadora.

- US18: “Tenho medo de perder tudo... a noção de quem eu sou... tenho um apavoramento” (dados de pront., 09/05/96).

Assim considerado, a ocorrência da doença psicossomática pôde ser verificada em 15 sujeitos, tornando-se evidente, em alguns casos, mais de uma patologia. Sendo o momento do surto psicótico um marco na vida dessas pessoas, verificou-se a existência ou não de manifestações psicossomáticas antes do surto, depois do surto, ou em ambos os momentos. Em seis casos, há relato de manifestações psicossomáticas antes e depois do surto. A variedade dos fenômenos relatados coaduna com a descrição de Sadock e Sadock (2007) e Ballone et al. (2002), verificando-se que os fenômenos psicossomáticos atingem os vários sistemas: cardiovascular, respiratório, endocrinológico, gastrointestinal, dermatológico, reumatológico, imunológico, otorrinolaringológico, propiciando, inclusive, dores crônicas, na medida em que cada sujeito reage, à sua forma, diante das situações vividas.

O Quadro 3, a seguir, demonstra quais patologias foram descritas, antes e depois do surto:

Quadro 3: Manifestações psicossomáticas antes e depois do surto.

Sujeito	Antes do surto	Depois do surto
US1		psoríase obesidade
US3		cefaleia gastrite
US5		úlceras gástricas
US6		obesidade
US7	cefaleia	cefaleia rinite
US8	cefaleia gastrite	cefaleia obesidade labirintite artrite
US9		gastrite
US10		rinite dores de cabeça dores no corpo – dor crônica gastrite esofagite erosiva
US11		enxaqueca obesidade úlceras pépticas esofagite
US12	asma bronquite enxaqueca obesidade	diabetes
US13	gastrite crônica fibromialgia	gastrite crônica
US14	obesidade	enxaqueca hipertensão arterial gastrite labirintite
US15		cefaleia
US17	cefaleia	úlceras no estômago
US18		cefaleia

Fonte: Dados de entrevistas e prontuários (2010, 2011).

Importante ressaltar que as descrições respeitaram a forma como foram reconhecidas pelo usuário ou em dados do prontuário. Os entrevistados não conseguiram precisar, com clareza, no curso de vida, todos os momentos em que aparecem os fenômenos e como ocorrem; eles atribuem enxaquecas e gastrite, principalmente, ao uso das medicações psicotrópicas. Não foi possível fazer distinção entre dores de cabeça, cefaleia e enxaqueca; no entanto, os termos mantidos referem-se a um quadro de dor de cabeça constante e incômoda e não esporádica. Ao mesmo tempo em que atribuem enxaquecas e gastrites aos efeitos colaterais da medicação, afirmam também que estão associadas aos estados emocionais. Os

dados coletados demonstram relações entre o psíquico e o orgânico, enfocando as patologias psicossomáticas:

- US8: “Eu não posso ficar triste e chateado não que a dor piora, minha cabeça piora quando está doendo. Igual hoje, eu nem almocei por causa disso” (3ª ent., p. 7).

- US10: “Agora eu sinto dor de cabeça por causa da preocupação com namorado, eu sinto falta” (dados de pront., 26/11/97).

- US12: “Relato de diabetes, depressão, osteoporose e artrose. Encaminhada pela UBS do bairro, 4 anos, relata sintomas desencadeadores como medo de ‘tudo’, esquecimento.” (dados de pront., 17/06/10).

- US13: “(...) nos últimos meses eu voltei a sentir muita dor no estômago. Que é de nervoso, de tristeza, então isso aí dá uma dor violenta no estômago da gente” (*gastrite crônica*) (ent., p.19).

No conjunto dos quadros orgânicos apresentados, algumas manifestações foram controladas, tais como do US5; outras permanecem, tais como cefaleias e enxaquecas, úlceras e gastrites, dores no corpo – dor crônica, hipertensão arterial.

Há que se considerar a presença da obesidade depois do surto, com relativo cuidado, pois alguns psicofármacos usados pelos usuários US1, US6, US8, US11, quais sejam, fluoxetina, clorpromazina (amplictil), possuem o efeito colateral de aumento de apetite e/ou ganho de peso (Cordioli et. al., 2005); contudo, nem todos os sujeitos pesquisados apresentam obesidade, mesmo em uso dos mesmos psicofármacos. Nos casos citados acima pode-se constatar a presença da obesidade, aqui descrita de acordo com Sadock e Sadock (2007), como doença psicossomática resultante de sintomas de estresse; A relação entre obesidade e estresse pode ser acompanhada nos seguintes relatos:

- US1: “Internação da mãe e interrupção do regime. Ansiedade” (dados de pront., 20/01/95). O que leva a crer que o usuário, diante de um estressor emocional, tende a ingerir maior quantidade de alimentos, propiciando a obesidade.

- US6: “Fui, que a dona L. me pedia, ia lá, entrevistava a gente, procurava se a gente queria ir para a residência terapêutica. Eu falava que não, às vezes, até respondia mal, mas um dia eu topei, aí, a E. falou: “– Vai *fulana(nome omitido)* lá é bom, a comida de lá é boa”. Mas eu comi tanto, mais tanto, mais tanto que eu engordei e perdi a minha elegância” (ent., p. 9). A US6 relatou ainda:

(...) eu passava tão mal com comida, a do hospital; quando eu cheguei lá no, lá no, lá na residência terapêutica lá no M. (*bairro*), eu morava lá no M. Aí vinha aquelas comida... “– Você vai engordar, hein”. Na hora de comer, eu comia, comia, comia (...) legume, comia empada, comia torta. “– Você vai engordar, hein”. Na hora que eu fiquei deste tamanho, foi um custo pro meu corpo voltar (ent., p. 10).

Essa usuária, após 18 anos de internação consecutiva em hospital psiquiátrico, apresentou dificuldades de adaptação na residência terapêutica, relatando “medo de perder a vaga no hospital”; o comer compulsivo, nessa fase adaptativa relaciona-se a obesidade.

- US8: “Angustiado, deprimido, sem ânimo, ouvindo vozes que saem de dentro da cabeça e ordenam para que enfie uma faca no peito”. Queixas: sono irregular, falta de apetite e uso incorreto de medicação psiquiátrica” (dados de pront., 24/09/10).

Nesse caso, a obesidade ocorreu, a despeito da falta de apetite e uso irregular de medicação, relatados com frequência no prontuário desse usuário.

- US11: “Queixa-se de calor, irritabilidade, aumento de peso e sudorese intensa. Está realizando tratamento para esofagite iniciado há 3 meses. Fumante. Há 8 anos realizou cirurgia para retirar pólipos do colo uterino. Cirurgia de amigdalectomia e de adenoide(...). Através da inspeção e palpação, observou-se aumento da tireoide(...)”. (dados de pront., 19/11/03)

A obesidade, no caso do US11, associa-se ao estresse de frequentes procedimentos invasivos e a outra doença psicossomática (esofagite).

Alerta-se que a presença da obesidade nos casos de psicose, devido ao uso dos medicamentos citados e outros, merece exame apurado, no caso a caso.

Alguns usuários apresentaram outras patologias associadas e sintomas os quais não podem ser considerados, respeitando-se a literatura, como doenças psicossomáticas. Tais quadros não estavam, no momento da pesquisa, plenamente esclarecidos, como, por exemplo, a alergia do US5 e o mioma no útero e nódulo na face do US14; tonteiras diárias com tentativas infrutíferas de controle e dores abdominais do US16, que podem indicar um quadro de gastrite, úlcera etc. Outras descrições como a “virose no estômago” do US11, o sangramento anal e o nódulo no seio do US13, bem com a “coceira entre as pernas” do US15, também careciam de apuração diagnóstica. Tal fato evidencia que há um *déficit* na atenção clínica a estes usuários, até porque o serviço em que estão diretamente inseridos necessita de médicos clínicos, sendo o suporte realizado pelos médicos psiquiatras, pelos profissionais de enfermagem e estagiários. Ocorre também que os usuários, por vezes, não se queixam ou não

buscam avaliar sintomas clínicos, alegando demora de consultas e exames, principalmente os que dependem da rede SUS, que são a maioria deles. No entanto, a equipe do serviço oferece os recursos possíveis aos usuários, desde o pedido de exames básicos até a marcação dos mesmos e consultas em outros locais, com acompanhamento pessoal dos técnicos.

Destaca-se que, no relato de prontuário do US3, detectou-se a ocorrência de quadro de diarreia persistente, entre 1997 a 2008, com queixas recorrentes do usuário. Em 2008, houve diagnóstico de giardíase, realizado tratamento, e as queixas diminuíram. No entanto, o quadro de diarreia era exacerbado em momentos de desagregação psíquica, sobre o que se pode levantar a hipótese de Síndrome do Cólon Irritável (ou Síndrome do Intestino Irritável – SII), dada à frequência e duração da diarreia.

O US5 relatou quadro de gota (elevação do ácido úrico no sangue) concomitante ao surto, além de cálculo renal logo após o mesmo. Embora não sejam consideradas como psicossomáticas, essas doenças eclodiram no momento de fragilização do aparelho psíquico e foram registradas pela memória: “(...) o meu problema começou que eu pensei que estava tratando de cálculo renal e o meu problema era depressão. Assim o médico falou comigo” (ent., p. 20). Selye (1965) aponta que a predisposição hereditária e a ocorrência do quadro de gota imediatamente após (e não durante) o estresse podem indicar que um desajustamento das reações hormonais sejam coadjuvantes à instalação da patologia.

Dois usuários relataram câncer, US1 e US7, respectivamente, de próstata e de parótida, ficando aqui em aberto o aprofundamento sobre a possível contribuição do campo da psicossomática nesses casos, por não ser o foco deste estudo.

Em três entrevistados, não se pode evidenciar a ocorrência de patologia descrita como psicossomática, mas notam-se outras alterações orgânicas:

- a) O usuário US2 relatou cirurgia de ginecomastia na adolescência.
- b) Outro usuário, US16, refere cirurgia de amigdalite antes do surto.
- c) O entrevistado US4 afirmou não ter tido nenhuma doença durante a vida e não há relato no prontuário de alteração ou doença orgânica, demonstrando a única exceção do estudo, tanto no que concerne às patologias psicossomáticas quanto a outras patologias. No entanto, este usuário apresenta reservas no contato com profissionais do serviço, sendo arredio às aproximações, o que pôde também ser verificado no encontro com o pesquisador. Os relatos familiares também não referem à presença de alterações orgânicas.

Em nenhum caso, houve relato de ocorrência do fenômeno psicossomático somente antes do surto. Desse modo, pode-se considerar o surto como um marco limítrofe na vida desses sujeitos. Se o fenômeno psicossomático ocorre antes do surto, há uma tendência de

permanência, mas não necessariamente do mesmo fenômeno. Se não houve uma evidência psicossomática antes do surto, é provável que ela ocorra depois do surto, uma vez que fragiliza o sujeito, predispondo reações emocionais e doenças orgânicas de diversas e variadas formas, afetando-o de forma sistêmica.

O depoimento do US10 desvela que o corpo humano, literalmente vivencia o que advém do psíquico: “O corpo humano sente o horror. Ele molha de suor. Não se deve mexer com o corpo humano quando ele está morto” (dados de pront., 24/08/98).

7.3.2 Unidade incorporada de análise 2: verificar se há evidências de sintomas de estresse que venham corroborar a emergência do fenômeno psicossomático

A presença de sintomas de estresse foi relatada por todos os entrevistados, sem exceção, em algum momento da vida e, particularmente, no curso atual. A pergunta dirigida na entrevista ateu-se às reações percebidas corporalmente, quais sejam a presença de taquicardia, dispneia, sudorese, alteração da pressão arterial, fadiga, dores corporais, obesidade. No entanto, no proceder de toda a entrevista e na análise dos prontuários, outros sintomas de estresse puderam ser detectados, sobretudo os que se referem ao estresse emocional. Dessa forma, pode-se articular que, mesmo na impossibilidade de traçar claramente os momentos de eclosão do fenômeno psicossomático, os dados coletados apontam para uma variedade de reações físicas, emoções e sentimentos que, como já visto, são capazes de propiciar o desencadeamento de uma patologia orgânica e, quiçá, psíquica.

O Quadro 4, a seguir, demonstra os sintomas de estresse detectados objetivamente na entrevista, com respeito às alterações corporais e, em paralelo, outros sintomas de ordem física ou psíquica relatados, que ora podem ser desencadeadores de sintomas de estresse ou também atuarem como sintomas de estresse.

Quadro 4: Sintomas de estresse e outros sintomas.

Sujeito	Sintomas de estresse	Outros sintomas
US1	fadiga, cansaço, obesidade	dificuldade de concentração, dores nos membros inferiores com parestesias das extremidades, hostilidade, desorganização geral
US2	cansaço, tremor no corpo, tremor nas pernas	depressão, insônia, sonolência, agressividade
US3	taquicardia, cansaço, fadiga, dor muscular	insônia, perda de apetite, náuseas, vômitos, tremores
US4	fadiga, cansaço	insônia, depressão, agitação psicomotora, destrutividade, heteroagressão, isolamento
US5	taquicardia, fadiga, cansaço, dores corporais	depressão, enjoo, vômitos, insônia, pesadelos, bruxismo, inapetência, isolamento.
US6	dispneia, alteração da pressão arterial, obesidade	depressão, insônia, sonolência, vômitos
US7	taquicardia, dispnéia, sudorese nas mãos, fadiga, cansaço, dores corporais	desmaios, enjoos, mãos frias, conduta desorganizada, negativismo
US8	fadiga, dores corporais, obesidade	depressão, insônia, tonteira, apatia, inapetência, anedonia, pesadelos, esquecimento, tremores, náuseas, dores no peito, dormir pouco, desmaios.
US9	dispneia, alteração da pressão arterial	dormência, tonteira, dor de cabeça, insônia, inapetência
US10	taquicardia, falta de ar, cansaço	insônia, vômitos, azia, perda da consciência do corpo, dores generalizadas, tremor, apatia, hipersonia, tonteiras, enjoos, mal-estar, mutismo, exacerbação da libido
US11	sudorese, obesidade	hipopragmatismo, tremor, sonolência, náuseas, vômitos, insônia, dormência
US12	dores no corpo, fadiga, cansaço, obesidade, estado de alerta	dormência, tonteira, esquecimento, tremores, “pulsão no corpo”, inapetência, insônia, pesadelos, hipersonia, negativismo, isolamento, dependência
US13	sudorese, alteração da pressão arterial, cansaço, fadiga, dores corporais.	insônia, agitação, agressividade, desconfiança, queixas somáticas, sintomas obsessivo-compulsivos, dormência, tartamudez
US14	dores corporais, dispneia, fadiga, obesidade	insônia, agressividade, afasia, amenorreia secundária, agitação, bulimia, tontura, mal-estar, vômitos
US15	dispneia, fadiga, cansaço	depressão, isolamento, sonolência.
US16	taquicardia, dispneia, sudorese, fadiga, dores corporais	agitação psicomotora, inapetência, cefaleia, náuseas, pesadelos, abatimento, emagrecimento, vômitos.
US17	sudorese	insônia, excitabilidade, agressividade, náuseas, cefaleia, vômitos, tontura, astenia, inapetência, constipação intestinal, desmaios.
US18	dores corporais, dispneia, cansaço, fadiga	fraqueza, corpo pesado, mutismo, abatimento, catatonia, atos obsessivos compulsivos, pesadelos, inapetência, indisposição

Fonte: Dados de entrevistas e prontuários (2010, 2011).

Tanto os sintomas de estresse quanto os outros sintomas foram detectados no curso de vida destes sujeitos, portanto, fazendo relação entre si e com outros momentos de cada história, onde também ocorrem as doenças psicossomáticas (Quadro 3).

Ressalta-se que a obesidade consta do quadro como sintoma de estresse, pelo fato de estar relacionada a este, no instrumento de pesquisa (Anexo C).

Ao resgatarem suas emoções, ressalta-se a percepção dos entrevistados com relação aos sintomas de estresse e suas consequências fisiológicas:

- US7: Quando sente taquicardia: “É quando eu lembro, tenho lembranças, lembranças tristes, amargas do passado. Quando eu lembro assim, sabe? Coisas que eu não fui capaz de fazer, muitas coisas assim” (ent., p. 17).

- US16: Quando aparecem os sintomas de estresse: “Mais de noite, a hora que eu vou dormir. Quando eu bato na cama (...) Ah, começo a passar mal, passar mal, passar mal, não tem ninguém pra acudir, geralmente eu tô sozinho em casa...” (ent., p. 18).

Outros sintomas apresentados pelos entrevistados também denotam um forte correlato psíquico emocional:

- US1: “Fico pensando muito no passado e estou tendo dificuldades de concentração.” (dados de pront., 26/10/94).

- US9: “Tenho telepatia. Tenho uma dor de cabeça que, quando vem, já sei que alguma coisa vai acontecer... às vezes, escuto vozes. Isto acontece comigo desde pequeno e atrapalha minha afetividade” (dados de pront., 20/03/98).

- US18: “Fala do caminho que tem que seguir e não pode se desviar – não pode entrar no consultório da porta de vidro – coloca como um caminho de Deus e não pode se desviar senão passa até mal” (dados de pront., 29/08/08).

Aliados à confirmação dos sintomas de estresse, enfatiza-se a presença dos sintomas depressivos e de insônia, entre outros, que, por si só, são desencadeadores de estresse emocional, desarticulando todo o sistema límbico e neuro-endócrino-imunológico, facilitando o aparecimento das manifestações psicossomáticas, como demonstrado no Quadro 3 apresentado sobre os sujeitos pesquisados.

7.4 A EMOÇÃO DE MEDO

Além dos sintomas de estresse e de outros sintomas, verificou-se a presença ou ausência da emoção de medo, como desencadeador de estresse e, possivelmente, de manifestação psicossomática.

O sentimento de medo foi demarcado também com relação ao surto, e também foi percebido por todos os entrevistados. Nota-se que essa emoção varia em duração, sendo provisória ou permanente, variando também em intensidade e gravidade, muitas vezes,

paralisando o sujeito; tal emoção dependente, também, da espécie de motivação, que pode ser interna ou externa. Tais aspectos corroboram a Teoria freudiana de *Angst*, a qual reconhece as diversas facetas que pode adquirir o medo, colocando o sujeito em vigília permanente, em estado de luta ou fuga. Vale destacar que, no caso da psicose, diante de um medo interno, psíquico, o mecanismo luta/fuga está intrincado, pois ele luta e foge contra pensamentos e ideias que tomam o seu psiquismo, requerendo um desgaste psíquico intenso e contínuo, empreendido sistematicamente, causando estresse, ansiedade e toda sorte de sentimentos aí vinculados.

No intuito de esclarecer quão variada possa ser essa emoção, descrevem-se suas formas de aparição no Quadro 5 abaixo:

Quadro 5: Emoção de medo.

Sujeito	Medo antes do surto	Medo depois do surto
US1	<ul style="list-style-type: none"> de tudo 	<ul style="list-style-type: none"> pânico (após falência financeira) crise de pânico; medo de tudo (motivando internação) de médico (restrito) indefinido (visões externas) de entrar em crise novamente
US2	<ul style="list-style-type: none"> de relacionar com as meninas de ser morto por se envolver com meninas de usar droga 	<ul style="list-style-type: none"> de morrer do sobrinho morrer de contrair doença
US3	<ul style="list-style-type: none"> não há relato de medo, mas a fala: “A minha mãe criou a gente com muito medo”. 	<ul style="list-style-type: none"> de morrer ataque de medo/pânico de sair de casa das pessoas fazerem mal de viciar em masturbação de não conseguir se controlar do amor platônico não se tornar realidade de fracassar de sair de casa e acontecer algo de dar troco errado de sofrer violência de andar sozinho
US4	<ul style="list-style-type: none"> medo de sair na rua (aos 6 anos, após atropelamento) 	<ul style="list-style-type: none"> pânico (no 1º surto – delírio de perseguição) pânico (após morte da irmã) de pessoas andando atrás dele de ter remédio na sua comida das pessoas não gostarem de sua volta à banda

Quadro 5: Emoção de medo (continua).

Sujeito	Medo antes do surto	Medo depois do surto
US5	<ul style="list-style-type: none"> • de se manifestar na sala de aula. 	<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • de ser doente • de ser internado em hospital psiquiátrico • das pessoas que o perseguem, o tempo todo, dentro e fora de casa • de sair sozinho • das vozes que ouve • de se matar • de ser morto • de perder o emprego • de andar de ônibus • da noite • de olhar pela janela • de ver televisão, ver filmes, • de ficar só • de barulhos • do farol dos carros • de chuva • de ler livro
US6	<ul style="list-style-type: none"> • de homem (após abuso sexual, sofrido na infância) 	<ul style="list-style-type: none"> • de participar do carnaval (pecado) • dos outros a matarem, de fazer ruindade. • de perder a vaga no hospital e ficar sem o benefício.
US7		<ul style="list-style-type: none"> • da presença do irmão que morreu • pânico de ir ao cemitério • de sair • de agredir o outro • de ter namorado e sofrer
US8		<ul style="list-style-type: none"> • de contar fatos de sua vida para as pessoas; • de ser surpreendido tomando banho (banheiro sem porta) • da mãe vê-lo vestido de mulher.
US9	<ul style="list-style-type: none"> • dos vultos que via. 	<ul style="list-style-type: none"> • de ouvir vozes e causar problemas • de perder o benefício.
US10	<ul style="list-style-type: none"> • de coisas que passavam na televisão (refere a conteúdos sexuais) • de ganhar algo que esperava 	<ul style="list-style-type: none"> • do namorado abandoná-la • receio de chorar • de “coisas que vão atingir o seu corpo”

Quadro 5: Emoção de medo (continua).

Sujeito	Medo antes do surto	Medo depois do surto
US11		<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • de internar e de ser morta no hospital • de fazer denúncia de estupro e ser perseguida após tomar essa atitude • pavor na situação de estupro • de ficar com raiva • de ser desligada do CAPS • de perder o que conquistou
US12	<ul style="list-style-type: none"> • do que pudesse acontecer ao pai 	<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • de os pais aparecerem (falecidos) • de cair dentro do ônibus • da represa arrebentar • da filha morrer • das coisas: chuva, trovão, mar, de notícias do mundo, de tudo • de andar sozinha
US13	<ul style="list-style-type: none"> • crise de pânico 	<ul style="list-style-type: none"> • de perder o neto (por morte) • de não voltar a ser o que era • de não vencer na vida • de pessoa denunciá-la por algo que disse • de ser agredida • de comida fria fazer mal • de tomar remédio e “apagar” • de tomar remédio e ficar igual aos outros pacientes do CAPS • de sua casa cair • de colocar o neto na casa
US14		<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • dos pensamentos de suicídio • de ser morta pelo 1º esposo • de sair sozinha • de dormir sozinha • de porta fechada • de ruído de sirene • de morrer na cirurgia de vesícula • de ver coisas, da sombra • de ônibus cheio • de adoecer e ficar na cama • de usuários do CAPS
US15		<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • de entrar em depressão • da família • de sair de casa

Quadro 5: Emoção de medo (continua).

Sujeito	Medo antes do surto	Medo depois do surto
US16		<ul style="list-style-type: none"> • de morrer • receio: de ficar sozinho • de morar sozinho • de bandido • de pegar enfisema/câncer • de homem grande, perigoso • de ficar sozinho em casa
US17	<ul style="list-style-type: none"> • de sair de casa por causa das brigas da família • dos pais • de ir para a aula e morrer 	<ul style="list-style-type: none"> • dos monstros que via (no surto) • do mundo • dos outros • das vozes • das pessoas que o ameaçaram na infância • da casa rachar com a chuva e todo mundo morrer • de AIDS • de andar de ônibus • de ter diabete • de perder o emprego • de morar sozinho • de ser assaltado • da polícia • da inveja dos vizinhos
US18		<ul style="list-style-type: none"> • das vozes que ouvia • de alguém tentando lhe matar • de chuva, de tempestade • de jogar futebol e machucar • de passar mal e internar • de perder tudo... a noção de quem é • de tirar o espírito ruim e não saber como agir sem ele • de Deus derrubar a casa por causa dos pecados • de ter alta do CAPS

Fonte: Dados de entrevistas e prontuários (2010, 2011).

Embora não se tenha descrito a presença do medo, em alguns casos, antes do surto, não significa sua inexistência, pois a ocorrência de medos infantis é fato incontestável. Para apurá-los com maior precisão, seria necessário estabelecer vínculos mais duradouros com os usuários, o que não foi proposto nesta pesquisa.

Como se evidencia no Quadro 5, a emoção de medo adquire as mais variadas formas, que vão desde medos advindos de fatos concretos, reais, aos medos internos, mas, todos eles introjetados no psiquismo, como um sinal de defesa à ameaça do eu.

O aparecimento do medo, como aponta Freud (1994 [1895-1894]), agrega-se aos diversos sintomas, que podem substituir ou acompanhar um ataque de *Angst*, bem como aparecer também sob a forma crônica.

Por conseguinte, os relatos de hiperestesia auditiva – que se explicam “pela íntima relação inata entre as impressões auditivas e o pavor” (Freud, 1994 [1895-1894], p. 95, v.3), exacerbada nas psicoses e atrelada à irritabilidade e insônia – deixam o sujeito refém das alucinações auditivas. Tal fato será mostrado por meio dos seguintes relatos dos usuários:

- Do US3, em momento de crise:

Chega bem aflito, diz que quer ser internado, as vozes não param, ele não aguenta mais ficar na F. (*bairro*), gostaria de morar sozinho. “Estou desorientado, não estou dormindo, não estou conseguindo falar direito”. Chora na sessão, não aguenta mais... “Estou muito sozinho, ninguém me quer” (dados de pront., 10/05/10).

- Do US17 rememorando a crise:

Ah! Eu tinha medo, aí eu fugia do mundo, eu fugia pra ir bem longe num lugar escuro sem ninguém, sem ver ninguém assim, sabe? Eu ficava com medo dos outros e de casa. E eu ouvia vozes também. E hoje com o remédio eu não vejo mais vozes, as pessoas podem falar, que antigamente ou outros falava, gritava alto, falava eu escutava aquela voz e ficava com medo. Hoje os outros grita alto, vai no meu serviço lá fala alto lá, colega do B. (*nome omitido*) e eu não sinto mais nada, minha irmã fala alto lá em casa (ent., p. 19).

Detecta-se o medo como expectativa angustiada, ora ao se adotar uma visão pessimista das coisas em geral, ora ao dirigir a angústia ao próprio corpo, a ponto de causar sensações anormais e conflitivas, como se pode perceber nos seguintes relatos:

- US5: Ataque de pânico: “Ah, dava um frio na barriga, e uma sensação de vômito e muito medo, tremura, a mão fica muito suando, suando a mão, e a vista fica assim embaçada também” (ent., p. 7).

- US12 : “É, penso só na morte e que as minhas crianças vão sair e os outros vai matar eles, é assim que eu penso. Aí penso agora que a represa vai arrebentar e o J. (*filho*) está morando no Santa Terezinha” (ent., p. 15).

- US10:“ ‘Estou sentindo dor, mas eu não sei aonde. Para internar fica difícil? Quero internar porque estou sentindo dores no corpo’. Quer internar em hospital clínico. ‘Tomar remédio melhora as minhas dores’. Paciente queixosa, desanimada.” (dados de pront., 10/08/98).

- O depoente US13, descreve a súbita erupção do medo e seus correlatos psíquicos e orgânicos; revela, ainda, os recursos que utiliza para manter sobre controle o medo avassalador:

É o pânico, eu trabalho esse pânico, com assiduidade. A primeira vez que me deu pânico tem uns... uns 7 anos. Eu estava sentada no vaso, fazendo xixi, aí veio aquela onda de medo, mas muito medo assim na minha cabeça e a vontade era de correr... aí veio um danadinho de um médico aí, clínico geral, que perguntou pra mim: “Você sai de casa sozinha?” Falei: “Saio.” “Ah, então, você não tem pânico não”. Ele tava equivocado. Quem tem pânico sai de casa também. Sai de casa, dá aquela loucura, não é bem uma loucura, é vontade de sair correndo de dentro do ônibus, isso tudo é pânico. Mas, em mim, não aconteceu de sair correndo de vontade de correr, de sair de dentro do ônibus. Aconteceu dentro do mercado, deu estar lá no caixa, na fila do caixa e dar aquela sensação horrível de sair correndo do mercado, não suportá nada. Então, assim, eu fui trabalhando, como que eu fui trabalhando isso e fui trabalhando isso até hoje... É enché o peito de ar, três vezes ou então mais vezes pra poder sair o pânico e, quando o pânico vem, que dura 5 minutos, ainda dá pra levar melhor, mas, quando a coisa vai durando, vai durando, igual nessa casa que eu tô ficando, de vez em quando eu acordo assim com aquele medo, nossa, e o tal do pânico ele chega a dar sensações de buraco na barriga da gente (ent., p. 9).

Os ataques de medo descritos podem se presentificar como sentimento de medo (*Angst*) ou acompanhados de alguma representação, apoiada no mundo externo, exemplificado por:

- US3: Sobre o ataque de medo: “Ah, ficava com medo de sair de casa, medo das pessoas fazer mal, ficava cismado com os outros ‘será que esse aqui vai me bater? Será que vai acontecer alguma coisa comigo?’ Graças a Deus não aconteceu nada não, é cisma. Mas não era negócio de perseguição não” (ent., p. 9).

- US9: “Na infância, diz lembrar-se que acordava à noite, assustado, no dormitório da escola, vendo vultos e gritando. Acrescenta: ‘escutava vozes que me deixava nervoso...’” (dados do pront., 13/02/98).

Diante da variedade de medos evidenciados, destaca-se o “medo de morrer”, presente na maioria dos casos. Quando não dito literalmente, há uma referência à ameaça da

integridade física do indivíduo, que pode ser vivenciado como expectativa angustiada ou como um ataque de medo (*Angst*) súbito, acompanhado de grande variação sintomática. O “medo de morrer” ronda o psiquismo desses sujeitos, que, atrelados à condição psíquica do desamparo, não amarram laços suficientes com a vida e ficam à mercê da pulsão de morte.

No prontuário do US3, há os seguintes dados acompanhados de algumas falas do próprio usuário:

(...) relatou “estou perturbado”, pois há dias tem “escutado vozes” o perseguindo dizendo que “vão dar dois tiros nele”, “vão bater nele”. Afirma estar tomando as medicações prescritas corretamente, porém, não melhora. Diz ter vontade de pular na frente de um carro para morrer logo e acabar com isso (...) (dados do pront., 24/10/02).

O US12 diz sobre o início de tratamento psiquiátrico: “Por causa de chorar muito e ficar pensando na morte, só na morte, só na morte só vinha morte na minha cabeça” (ent., p. 6).

Nos registros de uma ameaça de loucura ou na confusão alucinatória do surto, os ataques de medo são concomitantes nos sujeitos pesquisados:

- O participante do estudo, US15, descreve o momento do surto, deixando subentendido o sentimento de medo:

Aconteceu que eu ficava no meu quarto, com a porta fechada, cheia de coberta. Aí eu ficava vendo filme o dia inteiro, o mesmo filme. E eu pensava que as pessoas estavam querendo me matar. Aí eu peguei e procurei álcool para jogar em cima da coberta assim para me queimar, escuto uma voz. Eu fiquei muito amuada dentro de casa, não saía nem na porta, só ficava dentro do quarto, minhas filhas é que faziam as coisas pra mim. E eu senti que abriram a minha cabeça, abriram a minha cabeça e tiraram o miolo da minha cabeça (...)” (ent., p. 2).

- O US5, após perguntado sobre sentimentos de receio e temor, responde:

Receio, temor? É eu fiquei com medo assim de me matar, mas só que eu não queria ser morto por eles, (*os outros do delírio persecutório*), eu preferia suicidar do que entregar, do que entregar pra eles. Porque eu fico achando

que a capacidade deles de me matar pode ser alguma morte muito cruel, então eu fico com medo de ser morto (ent., p. 8).

Com relação ao sentimento de medo, este não se confunde com outros, nem mesmo com o receio ou temor, sendo significado como algo nomeável, mesmo quando indefinido:

- US1: “Aos 12 anos teve um trauma passou a ter medo de tudo. ‘Acho que comecei a beber para tentar apagar.’” (dados de pront., 24/07/97).

Entrelaçam a vida desses sujeitos, sintomas diversos, medo e outros sentimentos, verbalizados com frequência: vontade de morrer (alguns casos com tentativas de suicídio), desamparo, tristeza, angústia, depressão, melancolia, solidão, ansiedade, insatisfação, isolamento, desânimo, opressão, nervosismo, preocupação, apreensão, inquietude, insegurança, sufocamento, estranhamento de si, perda de noção, vazio, retraimento, raiva, tensão, apavoramento, rejeição, exclusão.

E também estes outros sentimentos apresentam seus correlatos fisiológicos, ilustrados:

- US3: “Amanheci hoje com sensação de mal-estar, com náuseas, vontade de vomitar. Amanheço com agitação, vontade de sair andando. Tenho chorado muito” (dados de pront., 06/11/98).

- US11: “Paciente tensa, ansiosa e preocupada com situação social. Apresentando náuseas, vômitos, menor apetite, diarreia” (dados de pront., 20/06/01).

Decreveu-se aqui a depressão como um sentimento, embora também possa ser um sintoma. Contudo, os indivíduos pesquisados relatam-na como sentimento, junto com a tristeza, a angústia, às vezes com alguma diferenciação de intensidade. Pode ser também relatada como “sofrimento”, levando à passagem ao ato:

- US6: “Aos 11 anos diz ter tentado suicídio, porque ‘vivia em sofrimento’... ‘cortei os pulsos’” (dados de pront., 30/07/09).

Outro sentimento presente com frequência diz respeito ao luto, resultante das perdas sofridas por esses sujeitos, por vezes com a carga da melancolia. Tais perdas dizem respeito à perda de um ente querido, do trabalho, das relações familiares, da própria saúde mental... Esse sentimento pode ser entendido como um estressor desencadeador de alterações psíquicas e orgânicas, podendo ocorrer associado à depressão e ao medo:

- US2: Depressão: “desde quando o pai morreu... ele era muito meu amigo” (ent., p. 1).

- US4: “Começou apresentar problemas psiquiátricos após morte da irmã – sente pânico, não reconhece as pessoas etc.” (dados de pront., 24/06/99).

- US11: “Fiquei doente depois de várias perdas. Me desestruturei com a morte de minha mãe, meu pai perdeu tudo, fui morar com minha irmã. Me aposentaram por invalidez, perdi meu trabalho que era tudo para mim (...)” (dados de pront., 22/09/03).

- US12: “Eu senti medo, eu fiquei um mês inteirinho de diarreia, porque meu pai tinha morrido, meu pai morreu em fevereiro e a minha mãe morreu em novembro. Aí isso tudo deu medo, até hoje, deles.” (ent., p.8)

- US13: “(...) quando me tiraram o meu neto, eu cheguei a ficar sem voz.” (ent., p. 18).

- O participante US14 apresentou a seguinte fala:

Então, quando estava chegando os dias, eu ficava apreensiva (*de comparecer ao Fórum de Justiça para falar sobre a morte do 2º esposo*), aí eu hoje faço reposição hormonal, porque no dia em que o meu marido morreu eu tava menstruada, aí eu parei de menstruar, daí uns meses eu tive que tirar a vesícula que eu adquiri uma pedra na vesícula, aí agora eu só vivo de remédio. Todo dia é uma coisa, recente eu tirei, deve ter menos de um mês, eu tirei um cisto nas costas, vivo aqui de remédio, cada dia uma coisa, minha vida transformou (ent., p. 8).

- US15: “(...) foi depois da morte da minha mãe que começou a minha perturbação de ficar deprimida e ouvindo vozes” (dados de pront., 21/10/10).

- US17: “(...) eu tenho é úlcera no estômago. Desde desse negócio das doenças mentais que eu comecei a ter (...). Desde que a minha mãe morreu, eu comecei a ter problema mental (...)” (ent., p. 11).

As duas unidades de análise avaliadas, tanto em relação à manifestação psicossomática quanto em relação ao estresse, tendo a emoção do medo como desencadeador do estresse e da manifestação em potencial, corroboram as hipóteses teóricas de que o medo encontra-se, significativamente, entrelaçado a outras vivências, sejam elas físicas ou psíquicas e a outros sintomas e sentimentos presentes na vida de sujeitos acometidos de sofrimento mental psicótico. A demarcação realizada possibilitou visualizar a emoção de medo antecedendo ou procedendo o surto, bem como originando sintomas de estresse, antecipando manifestações psicossomáticas ou ocorrendo concomitantemente a estas.

7.5 CADA CASO É UM CASO

Visando demonstrar a formulação teórica desenvolvida neste trabalho, ou seja, se ocorrem ou não fenômenos psicossomáticos com indivíduos portadores de transtorno mental psicótico e, em sua ocorrência, se o medo pode estar presente como desencadeador de estresse e este, a partir dos efeitos de desregulação orgânica que gera, propiciar a doença psicossomática, apresenta-se o estudo de três casos, modelos de tal mecanismo.

7.5.1 Estudo de caso US1

O primeiro estudo refere-se ao sujeito US1: solteiro, ensino médio completo, aposentado por invalidez, 68 anos, há 17 anos frequentando o CAPS. O diagnóstico psiquiátrico corresponde à CID 10 (OMS, 1993): F.20.03, esquizofrenia indiferenciada, e seu correlato no DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) é 295.90, esquizofrenia tipo indiferenciado, cujos aspectos primordiais são um misto de sinais e sintomas característicos, tanto da fase ativa (delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados) quanto sintomas negativos, com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social. É reconhecida pela categoria médica a comorbidade da esquizofrenia com transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de pânico. Em uso dos psicotrópicos Fluoxetina, Olcadil e Stelazine.

O estudo particularizado do caso se deve ao fato de esse usuário apresentar um distúrbio da pele, caracterizado como psicossomático, a psoríase, sendo evidente na evolução do prontuário o percurso da vivência do estresse à doença psicossomática.

A psoríase é considerada uma doença crônica e intermitente, com lesões caracterizadas por crostas esbranquiçadas e escamativas, sobre eritema homogêneo e lustroso, frequentemente em joelhos e cotovelos. Pode ser precedida pelo estresse ou a própria dermatose estar vinculada ao desencadeamento de estresse emocional pelo constrangimento em relação às lesões (Sadock & Sadock, 2007; Steiner & Perfeito, 2005).

No entanto, nesse caso, o sujeito não se queixa da psoríase localizada nos cotovelos nem evidencia, claramente, o momento de sua aparição, mas afirma que teve início na fase adulta: “há muito tempo” e que “pode ser emocional”, mas tem a hipótese de que se deu

devido à “areia do mar, de encostar na areia” (2ª ent., p.1). Na primeira entrevista, não houve relato da doença referindo-se a uma eripsela, à qual relaciona comportamento promíscuo na juventude.

Mas os relatos de prontuário deixam evidente o caminho para a manifestação psicossomática dermatológica, conforme descrito a seguir:

Em janeiro de 1996, o paciente relata preocupação com o estado de saúde da mãe.

Em 14/03/96: “Irmã liga preocupada com reações atuais do paciente: irritado com vizinhos, agitado”.

Em 22/03/96, o atendimento médico aponta que: “Não há evidências de reagudização psicótica. Está tenso, ansioso, em função da situação da mãe. Reclama dificuldades de concentração”.

Em 11/04/96, o usuário relata sentimentos de tristeza e exacerbação de sintomas psiquiátricos: “Diz estar triste, pois teve problemas com a irmã. Delírio de cunho persecutório com primos e vizinhos”.

Em 18/04/96, o sentimento de medo se revela: “Tem medo de entrar em crise novamente”.

Em 24/04/96: “Relata sensação de que seu corpo está secando por dentro, levanta a hipótese de que seja por causa de uns cogumelos que comeu tempos atrás, mas não parece convencido dessa hipótese”.

Em 28/04/96, é atendido por médico gastrologista: “Paciente relata dor abdominal propriamente em hipogastro (*ilegível*); paciente com psoríase (*ilegível*) em cotovelos. Relata bom funcionamento intestinal e urinário. (...) Pedi exames, encaminhado à dermatologia”.

Em 07/05/96: “Pc. retorna com resultado dos exames. Em tratamento dermatológico de psoríase. Pedido espermograma.”

Evidencia-se que, da preocupação com o estado mórbido da mãe à formação de novos sintomas psíquicos, quais sejam de irritabilidade e delírios, confluindo para a psoríase, verificou-se que o estado de estresse vivenciado propiciou o desenvolvimento da doença de pele, com a concomitante participação do medo. Posteriormente, em 23/03/98, relatou que: “Quando alguém passa mal, adocece, fico desorientado”, refletindo sentimentos subentendidos de insegurança e medo.

Outras formas de adoecer fazem parte da dinâmica desse sujeito, que ainda apresentou quadro de câncer de próstata, dislipidemia e hipercolesterolemia, não sendo possível, neste momento, traçar, com clareza, outras relações por meio da coleta de dados realizada.

7.5.2 Estudo de caso US12

O segundo Estudo de caso particularizado é do US12, que frequenta o CAPS há 4 anos, tem quatro filhos, é aposentada por invalidez, possui ensino fundamental incompleto, 58 anos.

Apresenta diagnóstico CID 10 (OMS, 1993): F. 33.3, transtorno depressivo recorrente episódio atual grave com sintomas psicóticos. O correlato diagnóstico, de acordo com o DSM IV (American Psychiatric Association, 2003), distinto por 296.34 (transtorno depressivo maior recorrente grave com características psicóticas), configura-se por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Adicionalmente, o indivíduo pode apresentar alterações no apetite ou peso, no sono, na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Também podem ocorrer ansiedade, fobias, queixas somáticas e ataque de pânico simultâneo ao episódio depressivo maior. Na ocorrência dos sintomas psicóticos, há presença de delírios e alucinações, cujo conteúdo é coerente com os temas depressivos. Os episódios de Transtorno Depressivo Maior, frequentemente, seguem-se a um estressor psicossocial grave, como a morte de um ente querido ou divórcio. Os estudos sugerem que eventos psicossociais (estressores) podem exercer um papel mais significativo na precipitação do primeiro ou segundo episódio e ter um papel menor no início de episódios subsequentes.

Usuária em uso dos psicotrópicos Biperideno, Tofranil, Rivotril.

O destaque para o caso se deve ao fato de essa participante apresentar duas manifestações psicossomáticas claras: na infância, apresentou asma brônquica e, na vida adulta, apresenta diabetes melito.

A asma, etimologicamente do grego *asthma*, significa sufocação, sendo uma doença crônica caracterizada pela hiper-responsividade traqueobrônquica a estímulos diversos, resultando em estreitamento difuso das vias aéreas e episódios de sibilância, tosse e dispneia (Rotta & Cardoso, 2000).

A história do participante US12 revela que a figura do pai, bem como sua atitude de isolamento familiar, causavam-lhe apreensão e medo. Com efeito, a asma brônquica, agudizada no broncoespasmo, pode ser precedida de fortes tensões emocionais, tais como raiva, medo, ansiedade, ódio e até alegria (Rotta & Cardoso, 2000; Lemle, 2010). No entanto, é ao medo que dá relevância, em suas lembranças:

Da minha infância eu recordo que eu brincava, eu brincava de boneca, de... brincava com as minhas irmãs, assim no meio dos pastos, das grama quando eu tinha... e o meu pai era meio assim: eu não sei o que quê ele tinha que às vezes ele ficava com raiva, ficava com raiva, ficava no mato três dias, com a espingarda do lado. E também eu ficava pensando com medo. Do que ia acontecer com ele (ent. p. 10).

Embora considerada como doença crônica, a asma da usuária foi superada na infância. Ela dá explicações sobre a cura através da crença religiosa: “Aí, depois minha vó fez promessa, aí na ela me... Sexta-feira Santa, aí eu sarei, não deu mais não” (ent. p. 16).

Na adolescência, novo estresse psíquico viria a ocorrer: engravidada do namorado aos 16 anos, este a rejeita após um casamento forçado pelo pai; nasce o bebê, mas ele falece pouco depois. A usuária relaciona o início de seus males psíquicos a esse acontecimento: “Ele nasceu e morreu. Daquela época pra frente eu fiquei ruim, acabei esquecendo tudo” (ent. p. 3).

As perdas sofridas foram vivenciadas evoluindo para um estado depressivo permanente, embora ainda com algum investimento no mundo externo: casou-se e teve quatro filhos, mantendo uma relação conturbada com o marido. Já na vida adulta, a perda dos pais concretizou o processo depressivo e a exacerbação de diversos medos: em relação a si mesma, aos filhos, medo do mundo, culminando no desencadeamento de uma crise de medo e pânico, com indícios psicóticos.

Do ponto de vista psicanalítico, pode-se supor que, nesse caso, não houve uma elaboração do luto pelo sujeito em relação às perdas sofridas; em vez disso, presentificou-se um estado melancólico com traços mentais de

desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição” (Freud, 1974 [1917-1915], p. 276, v.14).

Tal configuração da relação do sujeito com o objeto perdido leva à suposição freudiana de que, na melancolia, o sujeito está cômico da perda que a originou, “mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém” (Freud, 1974

[1917-1915], p. 277-278, v. 14). A clínica lacaniana enquadra a melancolia sob os auspícios da psicose (e também sua outra face como psicose maníaco-depressiva), em sua relação com o ato suicida. O desejo de morrer e a passagem ao ato complementam o cenário de sofrimento psíquico desse sujeito, cujas falas apontam sua cisão com o mundo:

“Sensação de ‘algo morto dentro’” (dados de pront. 28/09/07)

“Dentro de mim está morto” (dados de pront. 23/11/07)

“Parece que tem um buraco por dentro” (dados de pront. 29/02/08)

“Alguma coisa se fechou em mim” (dados de pront. 03/03/08)

“Parece que meu coração fechou e não abre mais” (dados de pront.,13/07/09)

“Sinto uma angústia que tá velha por dentro” (dados de pront., 27/11/09)

Cerca de dois anos antes de iniciar o tratamento no CAPS, ou seja, em 2005, foi diagnosticado quadro de diabetes melito, aproximadamente 3 anos após a perda dos pais, à qual reagiu com diarreia intensa pelo período de um mês.

Diabetes melito (*diabetes mellitus*) é um distúrbio do metabolismo e do sistema vascular que se manifesta por perturbações no equilíbrio da glicose, dos lipídeos e das proteínas do corpo, resultando da secreção ou da ação da insulina. Hereditariedade e história familiar são elementos importantes para o estabelecimento da doença; contudo, o estresse emocional está, muitas vezes, acoplado à manifestação súbita do diabetes. Sentimentos de frustração, solidão e desânimo estão entre os fatores psicológicos ligados ao adoecimento (Sadock & Sadock, 2007).

A dinâmica psíquica da usuária é descrita pela onipresença de pensamentos de morte e medo, evidenciando a vivência de constante expectativa ansiosa. Outros sentimentos avassaladores tais com solidão, angústia e desânimo, são coadjuvantes nesse caso. A asma e o diabetes por ela relatados são percebidos sem qualquer vinculação ao medo ou ao estresse, no entanto, um estudo pormenorizado do caso leva a crer que a ocorrência das doenças psicossomáticas é fruto de um desequilíbrio na homeostasia de seu sistema orgânico, com forte correlato emocional.

Assim, constatou-se que vivências de medo em associação às depressivas podem preceder o surto psicótico, manter-se durante e após seu agravamento e serem estressores suficientemente potentes para desencadear como correlato fisiológico uma ou mais doenças psicossomáticas, no curso de vida do indivíduo.

7.5.3 Estudo de caso US17

Traça-se o estudo particularizado do caso US17. Usuário frequentando o CAPS há 12 anos, solteiro, aposentado por invalidez, ensino fundamental incompleto, atualmente com 38 anos. Apresenta diagnóstico psiquiátrico CID 10 (OMS, 1993): F. 20.0, esquizofrenia paranoide; o equivalente no DSM IV (American Psychiatric Association, 2003), é distinto por 295.30, esquizofrenia tipo paranóide, configurando-se, essencialmente, pela presença de delírios e alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. O paciente faz uso dos psicotrópicos Haloperidol, Prometazina, Clorpromazina.

A história da doença psiquiátrica inicia-se aos 18 anos e, subsequentemente, a primeira internação psiquiátrica é procedida de reagudizações e outras internações. O quadro surge com ideias delirantes de cunho persecutório, alucinações auditivo-verbais, excitação, insônia, crítica prejudicada, alterações de conduta, agressividade. O início de atendimento no CAPS se dá 8 anos após a primeira crise.

O usuário aponta como fator desencadeador do surto a morte dos pais e o estresse no trabalho. A morte dos pais foi repentina, com diferença de um mês entre elas e na mesma data (sic usuário). O pai faleceu primeiro, com indicativo de transtorno psiquiátrico, e a mãe teve “uma dor de cabeça forte”, foi para o hospital, mas não se recuperou. À morte do pai, atribui um significado místico:

Ele morreu de... acho que foi macumba, sabe? Que os vizinhos lá, há muito tempo pegou terra no cemitério e colocou lá no quintal lá, desse negócios de lote assim (...), aí pegou colocou terra lá no cemitério e colocou lá no terreiro, lá no quintal, o meu pai morreu comendo a lajota do barranco, não comia comida não (ent. p. 6).

Quando da morte dos pais, já trabalhava em empresa de ônibus como lavador e “descreve atividade do trabalho citado como precipitadora do surto que o acometeu naquele período: trabalho noturno, sob pressão de tempo curto para realizá-lo” (dados do pront. 16/07/99).

O surto ocorre na empresa, quando em trabalho, aproximadamente 3 meses após a morte dos pais. O pródromo evidencia sentimentos de desespero, calafrios no corpo, e, em

sequência, o surto: “Aí eu queria sair correndo pra rua, nu assim, saí, daí me internaram, me deu tristeza” (ent. p. 5). O sujeito US17 apresenta certa confusão ao relatar o fato de estar ou não internado; contudo, revela o medo atrelado ao momento do surto:

Naquela época que eu adoeci mesmo, eu estava internado, eu saí pro canto, pro... para fora, para estrada, de viagem (...) a pé, aí eu via gente, só monstro na minha frente, eu não via gente não, via monstro, eu ficava com medo, via gente passando, mas não era gente não, era monstro que eu via, passando de dia e de noite. Aí comecei dormir na estrada assim, no chão assim, passava carro jogava água em mim, eu desmaiado ali dormindo, desmaiado. Inclusive a polícia que me achou e me trouxe pra casa pra mim voltar, senão eu tinha sumido mesmo (ent., p. 19).

O sentimento de medo, medo psíquico, interno, evidencia que os delírios e as alucinações são de caráter aflitivo e estão ligados à geração de *Angst*, conforme postulou Freud em 1924 e pode ser confirmado no seguinte relato:

Ah, eu tinha medo, aí eu fugia do mundo, eu fugia pra ir bem longe num lugar escuro sem ninguém, sem ver ninguém assim sabe? Eu ficava com medo dos outros e de casa. E eu ouvia vozes também. E hoje com o remédio eu não vejo mais vozes, as pessoas podem falar que antigamente ou outros falava gritava alto, falava eu escutava aquela voz e ficava com medo. Hoje os outros grita alto, vai no meu serviço lá fala alto lá, colega do Bastião e eu não sinto mais nada, minha irmã fala alto lá em casa (ent., p. 19).

Interessante confirmar que o sujeito, mesmo acometido pela psicose, é capaz de relatar com clareza e fidedignidade, a sua vivência de surto, confirmando a veracidade da clínica psicanalítica:

Mesmo num estado tão afastado da realidade do mundo externo como o de confusão alucinatória, aprende-se com os pacientes, após seu restabelecimento, que, na ocasião, em algum canto da mente (como o dizem) havia uma pessoa normal escondida, a qual, como um espectador desligado, olhava o tumulto da doença passar por ele. Não sei se podemos presumir que isso seja assim em geral, mas posso relatar o mesmo de outras psicoses com um curso menos tempestuoso (Freud, 1975a [1938-1940], p. 231, v. 23).

Já na primeira internação psiquiátrica, o usuário revela o correspondente orgânico do medo e do estresse: a ocorrência de uma úlcera gástrica, “úlcera nervosa”, que se repetiu nas diversas internações posteriores, relacionando-a “desde desse negócio das doenças mentais que comecei a ter” (ent., p. 11); vincula, portanto, a morte dos pais, a doença mental e a úlcera nervosa, esta eclodindo nos diversos momentos de internação. O hospital psiquiátrico ativa o sentimento de medo de morrer, ameaçando sua integridade física, em que, a cada reação defensiva, a ameaça se torna maior:

Sim, e as enfermeira dão remédio de manhã. Eles: “Vem cá tomar a vitamina”. Eu achava que era vitamina, eles davam a vitamina assim, a injeção dava e quando eu descia pra almoçar assim, caía pela escada, entortava todinho, aí entortava em tempo de morrer, gritava socorro, aí lá me dava um Haldol pra coisar, mas depois melhorei (...) “Vou morrer, vou morrer”. Eu sofri, eu não gostava do *hospital X*. de jeito nenhum por causa disso aí, que eles aproveitaram da minha doença e falavam que eram vitamina e me dava a toa injeção (...) falava que era vitamina. E no *hospital Y* também eu fiquei lá, no *Y* eu fugi de lá porque um veado, um enfermeiro que chamava... que de noite quando eu levantava pra ir no banheiro mijar, ele falava que os outros estava saindo, estava arredando a cadeira. Aí ele falou que era eu, dedou na enfermaria, aí com outro escurinho lá, o enfermeiro, ele falou que eu que estava coisando a cadeira. Eu falei assim: “Não é eu não, eu fui só no banheiro, os pacientes estavam mexendo na cadeira lá”. Aí ele pegou e me deu um soco no nariz, aí saiu o maior sangue do meu nariz, eu gritei lá, aí eu (...) no nariz dele também e tirei sangue, (...) aí eu pulei o muro e fui embora, fugi também, a minha irmã não deixou eu ir ficar mais lá não, lá no *Y* (ent. p. 9).

Há evidências da ligação entre estresse, ansiedade e responsividade fisiológica do sistema gastrointestinal, sendo o sistema nervoso entérico bastante sensível aos estados emocionais. Em estudo relatado por Sadock e Sadock (2007), a ansiedade apresenta-se como comorbidade no espasmo esofágico funcional, em 67% dos indivíduos pesquisados; muitos desses pacientes apresentavam sintomas de transtorno de ansiedade antes do início dos sintomas esofágicos, sugerindo que um transtorno de ansiedade pode induzir alterações fisiológicas no esôfago, as quais podem produzir sintomas esofágicos funcionais.

Entre os transtornos específicos do trato gastrointestinal, inclui-se a úlcera péptica (gástrica ou duodenal), também denominada, vulgarmente, úlcera de estômago ou úlcera nervosa. Esta se refere à ulceração da mucosa que envolve o estômago distal ou o duodeno proximal. Os sintomas incluem dor epigástrica com sensação de queimação, náuseas, vômitos, dispepsia ou sinais de sangramento intestinal. A infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*

está associada à grande maioria dos casos. Ressalta-se que os primeiros estudos sobre a doença apontavam o papel dos fatores psicológicos, vulnerabilizando o indivíduo ao associar aumento da secreção do ácido gástrico ao estresse psicológico. Fatores psicossociais relacionam-se aos sintomas e à doença, na medida em que podem reduzir as respostas imunológicas, ficando o indivíduo mais vulnerável a contrair infecção pela bactéria. (Sadock & Sadock, 2007).

Pode-se considerar que o medo, tal qual a ansiedade, possa também vincular-se às alterações gastrintestinais, culminando na úlcera gástrica, conforme evidenciado pelo participante desta pesquisa, o US17.

A úlcera apresenta-se sob controle, curada por interseção de um amigo que lhe recomendou água de coco, mas permanece vívida *mnemonicamente*, embora o sujeito não a relacione aos adventos psíquicos: “(...) mas eu tenho úlcera no estômago, úlcera nervosa, mas não dói mais não, tem muito tempo que não dói” (ent. p. 11). Certamente, há muito tempo que não se interna, desde 2004, mas os medos permanecem presentes, exacerbados nas vivências persecutórias oscilantes. Nesse caso, parece que a garantia da medicação e do aporte do CAPS minimizam o medo e os sintomas fisiopatológicos correspondentes. Assim, o usuário se refere ao tratamento que ora lhe assegura uma certa estabilidade e, quiçá, alguma felicidade:

(...) eu sou feliz num lado e sou infeliz do outro, sabe? Que quando eu trabalhava, eu tinha minha capacidade de viver minha vida. Hoje como eu estou, como eu tenho problema mentais, eu sou feliz dentro do CAPS, que o CAPS e o hospital que me ajudou. E sou infeliz que eu estou tomando remédio também, eu dependo do remédio pra mim alimentar e dormir, sem ele eu não aguento. Eu não posso parar com o remédio, se eu parar de tomar remédio eu não sou eu mais (ent., p. 20).

Nesse caso, percebeu-se que a vivência do medo atrelada ao sintoma alucinatório do surto, e ainda fortalecida pela vivência hospitalar ameaçadora, faz com que o sujeito manifeste no corpo, pela via gástrica, o correlato orgânico às emoções e aos sentimentos.

7.6 OUTROS ACHADOS RELEVANTES

A presença como observadora na pesquisa de campo, as anotações no Diário de Campo, aliadas às entrevistas realizadas individualmente com os voluntários, bem como a análise dos prontuários, levam a pesquisadora a considerar outros achados no intuito de enriquecer este estudo.

Didaticamente, serão considerados os eixos: prontuário, família, medicação, religião, trabalho, sentimentos comuns e recorrentes.

a) Prontuário

- Verificou-se a ocorrência de diversas mudanças de profissionais no atendimento: médicos, psicólogos, referências técnicas, estagiários, levando o usuário a uma readaptação com profissionais. O fato de o trabalho ser realizado em equipe, com discussões sobre os casos clínicos, minimiza os efeitos negativos de tais mudanças.
- Os dados de prontuário, algumas vezes, apresentam divergência, com ausência de dados e com letra ilegível.
- As anotações em prontuário variam a frequência, conforme demanda do caso. Nos casos de usuários mais estáveis, a evolução do prontuário é realizada com maior intervalo, ao passo que dos usuários instáveis apresentam maior frequência.
- Com base no Diário de Campo, observa-se que muitas anotações em prontuário deixam de ser feitas devido a própria dinâmica do serviço, que requer ações intra e extra CAPS, nem sempre relatadas em prontuário, contudo efetivadas com resolutividade (ex: reuniões de Bom Dia e Boa Tarde, de Família, desenvolvimento das Oficinas). Produz-se mais do que se relata.
- Infere-se que algumas anotações deixam de ser feitas no prontuário visando preservar o sigilo daquela informação dirigida a um profissional em um *setting*, tal qual ocorre nos atendimentos psicológicos, e que, de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Art. 6, Alínea b, Art. 9, Art. 10, Art. 12), respeita o fato de o prontuário ser multiprofissional.
- A avaliação clínica no serviço é realizada pelo médico psiquiatra, pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e estagiários de enfermagem. São realizados

encaminhamentos a outros setores e serviços, mas a avaliação clínica não é sistemática.

- Há pacientes com longo tempo de tratamento no serviço, desde sua criação. A fala dos usuários aponta para o estabelecimento de vínculos com o tratamento e com outros usuários, sendo o CAPS, o lugar da não exclusão. No entanto, fica a questão de se pensar na inclusão social como aposta da reforma psiquiátrica e que esses usuários possam estar de forma efetiva em seus territórios e não somente aceitos e vinculados ao CAPS.

b) Família

- O vínculo fortemente estabelecido com o CAPS denuncia o apoio restrito e a falta de compreensão familiar que esses usuários possuem, fatores que se agregam ao fato de que, muitas vezes, há exploração familiar financeira, gerando ansiedade e conflitos para eles.

c) Medicação

- Descrição de diversas mudanças de medicação associada à politerapia, devido à estabilização e desestabilização dos quadros.
- Uso irregular de medicação, devido à:
 - ausência de gerência familiar;
 - automedicação;
 - falta de dinheiro para comprar os remédios;
 - falta de medicamentos na rede pública.
- Impregnação ou “urgência” social da medicação descrita pelos usuários, familiares e profissionais, atrelando o remédio às possibilidades de melhora. Assim, queixas emocionais, claramente evidenciadas, são medicadas, às vezes, em detrimento da escuta. No entanto, vislumbram outras possibilidades de espantar seus males pelo canto, pela música, fazendo de conta que não ouvem as vozes.
- Uso concomitante de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (maconha, *crack*, álcool), propiciando recaídas no tratamento.

d) Religião

- Atribuição à religião as causas da doença psíquica: espírito ruim, macumba, etc. Tal fato pode, às vezes, dar um suporte psíquico de agregação ou suscitar desagregação psíquica.

e) Trabalho

- Fazem movimentos em relação ao trabalho. Ao mesmo tempo em que trabalhar denota um desejo, é também motivo de apreensão e preocupação, pois significa assumir responsabilidades para as quais não se sentem em condições físicas e psíquicas.

f) Sentimentos comuns e recorrentes

- Solidão.
- Falta de relacionamento/envolvimento afetivo.
- Exclusão (sentir-se excluído, desprezado, vítima de preconceito) por causa da doença psiquiátrica.
- Ansiedade para resolver situações simples, insegurança diante de situações novas.

Portanto, verifica-se que há uma série de ocorrências, de vida, na vida, repercutindo na existência de cada indivíduo, no âmago de cada um, ora causando felicidade e prazer, ora causando sofrimento e dor. Mas há sempre um arranjo possível, de acordo com o US3:

Tem gente que não tem nem o primário, milhões de analfabetos, tem gente que não pode estudar, não consegue, eu pelo menos sei escrever, sei ler. Tem que se realizar com o que se tem. Eu gosto desta frase – Não pode. A gente não pode tudo. Tem coisas que não pode. Eu não poderia estar aqui conversando com você sem camisa. Quando as pessoas falam alguma coisa de eu estar entrando pela porta da frente do ônibus, eu rezo para o anjo da guarda dela (dados de pront., 17/01/00).

Assim, diante de afetos e desafetos, medos insuportáveis e até insuperáveis, quadros psíquicos e clínicos desagregadores, ainda existe um apelo à contenção de si mesmo em busca de alguma construção e de alguma razão de viver.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*De que são feitos os dias?
- De pequenos desejos,
vagarosas saudades,
silenciosas lembranças.*

*Entre mágoas sombrias,
momentâneos lampejos:
vagas felicidades,
inatuais esperanças.*

*De loucuras, de crimes,
de pecados, de glórias
- do medo que encadeia
todas essas mudanças.*

*Dentro deles vivemos,
dentro deles choramos,
em duros desenlaces
e em sinistras alianças...*

Cecília Meireles

Esta pesquisa encontra-se amplamente mergulhada na clínica com pacientes psicóticos. Desde a interrogação clínica sobre o adoecimento psicossomático desses sujeitos, ao breve enfoque biopsicossocial que, porventura, venha a contribuir com este adoecimento, o principal objetivo é de buscar a compreensão desses sujeitos, acrescentando recursos a seu tratamento possível. Como psicólogos, a forma se faz pela escuta de cada caso e, neste caso, a “escuta dos casos”.

O caráter interdisciplinar dado a esta pesquisa coaduna com o campo de inserção dos sujeitos pesquisados, na interface entre a psiquiatria e a psicanálise; entre a psicanálise, a psiquiatria, os mecanismos orgânicos do estresse e a psicossomática, permeou-se o tema proposto. Certo é que os conceitos não se misturam, mas os saberes podem ser compartilhados em prol da saúde mental dos indivíduos.

Elencado o tema, coube responder às questões sobre a manifestação psicossomática face ao grave adoecimento psíquico psicótico. Como a pesquisa qualitativa se propõe, uma gama de variáveis foi detectada, mais uma vez demonstrando que a pesquisa direcionada para o social levanta muito mais questões do que nela se objetiva.

Cabe também, em uma perspectiva interdisciplinar, a compreensão holística daquele que sofre, cujo enfoque debruçou-se sobre o mecanismo fisiológico aos quais se submete,

quando acometido por emoções, especificamente o medo, atentando-se para as repercussões orgânicas subsequentes.

Respondida está a questão: diante da psicose, também se podem evidenciar manifestações orgânicas de cunho psicossomático. Impossível evidenciar uma relação causa/efeito; contudo, afirma-se a existência de fatos concretos, sentimentos, emoções e reações que facilitam, direcionam e confluem para o adoecimento do corpo.

Evidente está que os sujeitos pesquisados sofrem da emoção do medo, do estresse e das manifestações psicossomáticas, à exceção de três casos em que não se pode verificar a evidência de doença psicossomática. Um caso, especialmente por não apresentar relato de qualquer doença orgânica na vida, leva à pergunta: “Será possível a alguém não adquirir nenhuma doença durante a vida?”

Marcados pela vivência do surto, ou quando não, de um momento psíquico avassalador em suas vidas, a manifestação psicossomática acrescenta mais uma forma de sofrer ao mal-estar já vivido pelo psiquismo. As queixas clínicas mais recorrentes, não necessariamente psicossomáticas, mas de um mal-estar corporal, estão presentes nos momentos de maior desagregação psíquica, em que a angústia é dirigida ao corpo e o psiquismo luta entre o medo e o desejo de morte, literalmente verbalizado pelos sujeitos desta pesquisa.

No entanto, apesar de todas as vivências negativas, sejam elas corpóreas ou psíquicas, esses sujeitos têm buscado e encontrado “um lugar ao sol”, seja pela via da arte, da música, do encontro com o outro dentro do CAPS, na tentativa de acreditar que, apesar de tudo, a vida é possível. Assim, criativamente vivendo, cantam suas composições, ganham prêmios com os seus quadros e, por que não, recaem na inexorável verdade de viver, desejando desistir.

Mesmo assim, levam suas vidas adiante, frisando o tênue laço da existência e aproveitando o momento da escuta para mandarem o seu recado, a pedido:

Ah, eu acho muito importante o CAPS pra mim, se não fosse o CAPS eu não existia mais. Se eu não tivesse acompanhamento aqui, assim mantida com o psiquiatra, a R., sabe? Que me dá muita força, o remédio que eu uso eu já tinha morrido há muito tempo. Porque eu só ainda não suicidei por causa de remédio, que me deixa mais tranquila. Eu tenho sangue muito quente, aí eu ainda controlo com a medicação (US14, ent., p. 29).

Eu espero que vocês descubram a nossa doença e encontrem pra gente uma solução. De tirar a gente desse sofrimento, é isso que eu peço a vocês. Vocês que são psicólogos, assistentes sociais. Pelo menos livra a gente desse sofrimento (US16, ent., p. 22).

Fazer reverberar os resultados desta pesquisa entre aqueles que não mediram esforços para colaborar foi o compromisso ético assumido com profissionais e sujeitos participantes, sem os quais este trabalho não seria possível.

REFERÊNCIAS

- Almeida, O. M. M. S. (2005). A resposta neurofisiológica ao stress. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínica* (2ª ed., pp. 25-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (C. Dornelles, Trad. 4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Ballone, G. J., Pereira Neto, E., & Ortoloni, I. V. (2002). *Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática*. Barueri, SP: Manole.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (M. J. Alvarez, S. B. Santos & T. M. Baptista, Trad.). Porto, Portugal: Porto.
- Breuer, J., & Freud, S. (1995 [1893-1895]). *Estudos sobre a histeria* (C. M. Oiticica, Trad. 3ª ed.). Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 2, pp.13-320). Rio de Janeiro: Imago.
- Campos, S. de, Gonçalves, S., & Amaral, T. (2008, Julho/Dezembro). Psicoses ordinárias. *Revista Mental*, 6 (11), 73-87.
- Castro, M. G., Andrade, T. M. R., & Muller, M. C. (2006, Janeiro/Abril). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 39-43.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília: [s. n.].
- Cordioli, A. V., Henriques, A. A., & Pádua, A. C. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalorrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Delgado, P. G. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F. et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. In M. F.

- Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-79). Porto Alegre: Artmed.
- Eksterman, A. (2010). Medicina psicossomática no Brasil. In J. Mello Filho, M. Burd (Orgs.), A. Eksterman, A. Hoirisch, A. M. Mello, A. Kahtalian, et al. *Psicossomática hoje* (2ª ed., pp. 39-45). Porto Alegre: Artmed.
- Fortes, S. L. C. L., Tófoli, L. F. F., & Baptista, C. M. A. (2010). Somatização hoje. In J. Mello Filho, M. Burd (Orgs.), A. Eksterman, A. Hoirisch, A. M. Mello, A. Kahtalian, et al. *Psicossomática hoje* (2ª ed., pp. 39-45). Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura na idade clássica* (4ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1969 [1911]). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 15-108). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1974 [1917-1915]). Luto e melancolia In *ESB* (T. O. de Brito, P.H. Britto, C. M. Oiticica, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 271-294). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1975a [1940-1938]). A divisão do ego no processo de defesa. In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 305-312). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1975b [1940-1938]). Esboço de psicanálise. In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 165-237). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1976 [1917-1916]). Conferência XXV. A ansiedade. In *ESB*. (J. L. Meurer, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 16, pp. 457-479). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1976 (1923). O ego e o id. In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19, pp.13-83). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1976 [1924-1923]). Neurose e psicose. In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 187-193). Rio de Janeiro, Imago.

- Freud, S. (1976 [1924]). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *ESB* (J. O. de A. Abreu, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 227-234). Rio de Janeiro, Imago.
- Freud, S. (1976 [1926-1925]). Inibições, sintomas e ansiedade In *ESB* (C. M. Oiticica, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 95-201). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1990 [1893]). Rascunho B. A etiologia das neuroses In *ESB* (C. M. Oiticica, Trad. 3ª ed.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 223-229). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1994 [1895-1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” In *ESB* (M. Salomão, Trad. 3ª ed.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 91-118). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1994 [1895]). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia In *ESB* (M. Salomão, Trad. 3ª ed.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 120-137). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1994 [1896]). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In *ESB* (M. Salomão, Trad. 3ª ed.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 141-155). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1994 [1933-1932]). Conferência XXXII. Ansiedade e vida instintual. In *ESB* (J. L. Meurer, Trad. 2ª ed.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 22, pp. 85-112). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006 [1920]). Além do princípio do prazer. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (C. Dornbusch, H. Araújo, M. R. Salzano, & L. A. Hanns, Trad.), (Vol. 2, pp. 123-198). Rio de Janeiro: Imago.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Tratado de fisiologia médica* (B. de A. Martins et al. Trad. 11ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hanna, M. S. G. F. (2006). Sobre a direção do tratamento no campo da psicose: que concepção para a transferência e seu manejo na psicose? In Figueiredo, A. C. (Org.). *Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo* (pp. 63-72). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan* (V. Ribeiro & M. L. X. A. Borges, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Kohn, R., Mello, M. F., & Mello, A. A. F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 199-207). Porto Alegre: Artmed.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à psicopatologia psicanalítica* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lacan, J. (1992 [1955-1956]). *O Seminário, livro 3, As psicoses*. (A. Menezes, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998 [1957]). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos* (V. Ribeiro, Trad. pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (1995). *Versões da clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lemle, A. (2010). Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica. In J. Mello Filho, M. Burd (Orgs.), A. Eksterman, A. Hoirisch, A. M. Mello, A. Kahtalian, et al. (2010). *Psicossomática hoje* (2ª ed., pp. 310-317). Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N. (2005). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (2ª ed., pp. 17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, S., & Mendonça, V. L. (2006). *Bio: volume 2*. São Paulo: Saraiva.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. N., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 25 (Supl I).
- Mari, J. J., Jorge, M. R., & Kohn, R. (2007). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 119-141). Porto Alegre: Artmed. s
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual* (11ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mello Filho, J., Burd, M. (Orgs.), Eksterman, A., Hoirisch, A., Mello, A. M., Kahtalian, A., et al. (2010). *Psicossomática hoje* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (9ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Nagera, H. (Org.), Colonna, A., Dansky, E., First, E., Gavshon, A., Holder, A. et al. (1970). *Conceitos psicanalíticos básicos da metapsicologia, conflitos, ansiedade e outros temas*. São Paulo: Cultrix.

- Nasio, J. D. (1989). *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nemiah, J. C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62, 299-303.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinheiro, R. (1992). *Medicina psicossomática: uma abordagem clínica*. São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Ratton, H. (1979). *Em nome da razão* (Documentário). Embrafilme. 1 DVD.
- Rodrigues, A. S. (2008). *Medo, neurose e doença psicossomática*. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Rotta, C. T., & Cardoso, N. C. (2000). Grupos com asmáticos. In J. Mello Filho, A. P., Pereira, A. C. S. Escobar, C. A. S., Villwock, C. A. Werutsky, C. A. S. M. Barros, C. T., Rotta, et al. *Grupo e Corpo. Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos* (pp. 247-255). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Saar, I. N. T. (2005). *Narcisismo e pulsão de morte na paranoia*. Monografia não publicada. Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007) *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (C. Dornelles, Trad. 19ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Santos Filho, O. C. (2010). Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In J. Mello Filho, M. Burd (Orgs.), A. Eksterman, A. Hoirsch, A. M. Mello, A. Kahtalian, et al. *Psicossomática hoje* (2ª ed., pp. 153-157). Porto Alegre: Artmed.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida* (2ª ed.). São Paulo: Ibrasa.
- Selye, H. (1998). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Journal of Neuropsychiatry*, 10(2), 230-231. (Texto original publicado em 1936).

Simanke, R. T. (2009). *A formação da teoria freudiana das psicoses*. São Paulo: Loyola.

Steiner, D., & Perfeito, F. L. (2005). A relação entre *stress* e doenças dermatológicas. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (2ª ed., pp. 111-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teixeira, N. A. (2005). Os glicocorticoides e a neuroimunomodulação. In M. E. N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (2ª ed., pp. 43-50). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (D. Grassi, Trad. 3ª. ed.). Porto Alegre: Boockman

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 163/2010

Protocolo CEP-UFJF: «2092.151.2010» **FR:** «343378» **CAAE:** «2328.0.000.180-10»

Projeto de Pesquisa: «Manifestações psicossomáticas em pacientes psicóticos»

Versão do Protocolo e Data: «1ª. Versão_7/7/2010»

Area Temática: «Grupo III»

Pesquisador Responsável: « Irma Neves Tallmann Saar »

TCLE: «TCLE 1ª. Versão_7/7/2010»

Pesquisadores Participantes: «Antenor Salzer Rodrigues»

Instituição: «Universidade Federal de Juiz de Fora»

Sumário/comentários do protocolo:

- A justificativa aponta que o "atendimento clínico-psicológico no âmbito do SUS desafia o profissional quanto ao entendimento das mais diversas patologias inseridas em um contexto biopsicossocial" defendendo que a pesquisa proposta "torna-se relevante pelo fato de abordar pacientes que estão inseridos na rotina dos serviços de saúde do SUS, que envolve atenção primária em saúde, nos cuidados requeridos às unidades básicas de saúde, a atenção secundária, nos cuidados conferidos pelos centros de atenção psicossocial e demandando, inclusive, à atenção terciária, em nível hospitalar" e que, neste sentido, "uma melhor compreensão desses pacientes, em suas características singulares, portadores de males psíquicos e físicos exacerbados em sua vivência, colabore com o trabalho de profissionais de saúde envolvidos com os mesmos". Apresenta clareza do objeto a ser investigado, pertinência e valor científico do estudo proposto.
- O objetivo geral é "• Compreender a dinâmica emocional subjacente à emergência dos fenômenos psicossomáticos em pacientes psicóticos", compatível com a proposta.
- A metodologia a ser empregada para a investigação parece adequada para atender os objetivos propostos, pois define as características do diagnóstico dos pacientes com transtornos psicóticos, sujeitos da pesquisa, o contexto em que a investigação realizar-se-á, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Casa Viva) da cidade de Juiz de Fora, bem como, a definição da amostra, 20 a 30 usuários e o critério de seleção e inclusão dos sujeitos. Esclarece ainda que "a amostra será selecionada através de contato com a equipe de saúde do serviço, verificação de prontuários e contato com os usuários in loco. Após este processo, eles serão abordados pela pesquisadora responsável e convidados a participar da pesquisa".
- Ainda em relação à metodologia, no que se refere aos instrumentos de coleta de dados, o projeto afirma que "será utilizada uma entrevista semi-estruturada, composta por perguntas fechadas e duas perguntas abertas que investigam sobre dados pessoais e o surgimento do fenômeno psicossomático na população pesquisada. O instrumento será submetido a dois juízes doutores, os quais julgarão a adequação das questões à investigação do tema proposto". Destaca ainda que, "A entrevista avalia dados de identificação (idade, sexo, estado civil, entre outros), dados da história pessoal e dados que se remetem à saúde (internações psiquiátricas, uso de medicações e etc). Ao final desta parte, serão apresentadas aos entrevistados duas perguntas, com a finalidade de investigar a ocorrência do fenômeno psicossomático no decorrer da vida e o momento de eclosão do mesmo. Os dados fornecidos serão checados com a análise dos prontuários na busca de confrontar e complementar as informações. As entrevistas serão gravadas e transcritas para serem submetidas a análise posterior", contemplando as exigências metodológicas.
- A revisão de literatura, bem como, as referências citadas, está em consonância com a proposta e com o arcabouço conceitual e teórico que sustenta e orienta a investigação.
- Apresenta os critérios utilizados para incluir e excluir participantes e leva em consideração necessidades do desenho científico e a susceptibilidade aos riscos.
- Apresenta orçamento detalhado e que será responsável pelo financiamento da pesquisa.
- O instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista) está anexado ao projeto e não apresenta questões que levam constrangimento para o sujeito. As questões do roteiro são pertinentes aos objetivos propostos.
- O cronograma é apresentado adequadamente e em concordância às exigências deste comitê. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, estando de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Os pesquisadores parecem qualificados para o desenvolvimento da pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 17 de julho de 2010.

Ilda Vargas
Prof. Dra. Ilda Maria Vargas
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário a participar da pesquisa “Manifestações psicossomáticas em portadores de transtorno mental psicótico”. Neste estudo, pretendemos compreender a dinâmica subjacente à emergência dos fenômenos psicossomáticos em pacientes psicóticos.

O interesse da presente pesquisa, ao abordar o tema em questão, é que o fenômeno psicossomático configura-se como comorbidade em um número expressivo de patologias e, em especial, no quadro de transtorno mental psicótico. Espera-se, assim, contribuir para melhor compreensão e tratamento dos pacientes.

Para este estudo, adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): O (A) sr(a) deverá responder a algumas perguntas sobre os seus dados pessoais e seu estado de saúde. A entrevista será gravada e transcrita integralmente. As entrevistas serão analisadas posteriormente para atingir o objetivo da pesquisa.

Para participar deste estudo, o (a) sr. (a) não terá nenhum custo, nenhuma despesa de qualquer ordem, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (A) Sr. (a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, ser-lhe-á assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (à) sr. (a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) responsável legal

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) – CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / *E-MAIL*: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: IRMA NEVES TALLMANN SAAR
ENDEREÇO: RUA DR. JOÃO PINHEIRO, N. 559, BAIRRO JARDIM GLÓRIA
JUIZ DE FORA (MG) – CEP: 36.015-040
FONE: (32)3212-9824 / *E-MAIL*: IRMASAAR@TERRA.COM.BR

ANEXO C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: () fem. () masc.
 Data Nascimento: _____ Idade atual:.....
 Endereço:.....
 Naturalidade:.....
 Estado Civil:.....
 Escolaridade:..... Ocupação atual:.....
 Profissão:

2. HISTÓRICO PESSOAL:

História da doença psiquiátrica atual:

Há quanto tempo frequenta o CAPS?.....
 Surto: () sim não ()
 Quando?
 Reagudização?.....
 Quando?.....

Internações: () psiquiátricas () outras

Motivo:.....

Uso de medicação atual: () sim () não

Quais?.....

Transtorno mental na família?.....

Em tratamento?.....

Ataque de pânico (medo)?.....

Como?.....

Quando?.....

Receio, temor, em alguma situação?.....

Como?.....

Quando?.....

2.1. História Pessoal:

Infância:

Adolescência:

Vida adulta:

2.2. História Médica:

Cirurgias:

Internações:.....

Consultas e tratamentos médicos:

Verificar: Cardiopatias	() sim. Qual?	Quando?
Doenças dermatológicas	() sim. Qual?	Quando?
Transtornos intestinais	() sim. Qual?	Quando?
Doenças respiratórias	() sim. Qual?	Quando?
Doenças gástricas	() sim. Qual?	Quando?
Enxaquecas	() sim. Qual?	Quando?
Fibromialgia	() sim. Qual?	Quando?

2.3. Sintomas de estresse:

Taquicardia	() sim	() não
Dispneia	() sim	() não
Sudorese	() sim	() não
Alteração da pressão arterial	() sim	() não
Fadiga	() sim	() não
Dores corporais	() sim	() não
Obesidade	() sim	() não

Qual o momento da eclosão dos sintomas de estresse?.....

Como?.....

Quando?.....

3. QUESTÕES ABERTAS:

1) Você teve alguma outra doença durante a vida?

Qual?

Quando?

2) Se você fica nervoso, com raiva, como você descreve essas sensações?